

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO  
SUPERIOR EM SAÚDE**

**VLADIMIR PIRES JUNIOR**

**A ATENÇÃO DOMICILIAR E O PSICÓLOGO:  
EXPERIÊNCIAS, APONTAMENTOS PARA A FORMAÇÃO  
E INDÍCIOS PARA UMA CLÍNICA**

**SÃO PAULO**

**2008**

**VLADIMIR PIRES JUNIOR**

**A ATENÇÃO DOMICILIAR E O PSICÓLOGO:  
EXPERIÊNCIAS, APONTAMENTOS PARA A FORMAÇÃO  
E INDÍCIOS PARA UMA CLÍNICA**

**Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina  
(UNIFESP/EPM), para obtenção do título de  
Mestre Profissional em Ensino em Ciências da  
Saúde.**

**Orientação: Profa. Dra. Otilia M. L. Barbosa Seiffert  
Co-orientação: Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz**

**SÃO PAULO**

**2008**

Pires Junior, Vladimir

A atenção domiciliar e o psicólogo: experiências, apontamentos para a formação e indícios para uma clínica – São Paulo, 2008.

147f.

Orientadora: Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Co-orientador: Alexandre de Oliveira Henz

Tese (Mestrado Profissional). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino Superior em Ciências da Saúde (CEDESS).

Título em inglês: Home care and the psychologist: experiences, notes for development and indication for clinic action.

1. psicologia e atenção domiciliar. 2. psicólogo e equipe multiprofissional. 3. sistema público de saúde. 4. produção de subjetividades e contemporâneo. 5. transdisciplinaridade e clínica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
CEDESS

Diretora do CEDESS  
Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
Prof. Dr. Nildo Alves Batista

VLADIMIR PIRES JUNIOR

A ATENÇÃO DOMICILIAR E O PSICÓLOGO:  
EXPERIÊNCIAS, APONTAMENTOS PARA A FORMAÇÃO  
E INDÍCIOS PARA UMA CLÍNICA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

**Presidente da Banca**

Profa. Dra. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert  
(Orientadora)

**Banca Examinadora**

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Profa. Dra. Maria Cezira Fantini Nogueira Martins

Prof. Dr. Sidnei José Casetto

**Suplência**

Profa. Dra. Neide Barbosa Saisi

APROVAÇÃO EM:

*À Vida ... À Amizade,  
Quero ser, algum dia, alguém que apenas diz  
SIM!*

## AGRADECIMENTOS

À profa. dra. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert, pela firme e carinhosa orientação no processo de construção deste trabalho. Sua segurança, bom humor, sensibilidade e incentivo foram imprescindíveis.

Ao prof. dr. Alexandre de Oliveira Henz, por sua leve, vigorosa e instigante presença. Suas provocações me estimularam a conhecer o colono e o nômade em mim.

À minha família, que compartilhou comigo felicidades e angústias, que compreendeu minhas ausências. À minha esposa Rosires, pelo companheirismo, apoio, carinho e estímulo ao longo de nossa vida em comum e, especialmente, nesta etapa. Aos meus filhos, Talita e Yuri, pela cooperação, carinho e compreensão. À minha mãe e irmãos pelo incentivo. Aos amigos de fé, pela confiança e apoio demonstrados. Fica aqui meu testemunho de amor a todos.

Aos integrantes do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso, da disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo, pelas valiosas experiências nas ações em domicílio.

Àqueles que encontro em consultório e àqueles que permitem minha presença em seus domicílios. Muito me ensinam sobre o viver.

Aos amigos e docentes do CEDESS pelas experiências enriquecedoras. Em especial, à profa. dra. Sylvia Helena S. S. Batista, carismática e vivaz, pela oportunidade de conviver e aprender.

À profa. dra. Regina Benevides, pelas palavras de incentivo.

À Regina Favre, pelo valioso apoio.

Aos entrevistados, pela disposição em participar deste estudo e colaborar com a construção do conhecimento quanto à atuação do psicólogo no campo da atenção domiciliar.

Àqueles que consentiram compor a Banca de Defesa desta tese, dispondo-se a colaborar para esta pesquisa, bem como para meu crescimento pessoal e profissional.

Minha gratidão.

## RESUMO

O estudo assumiu como objetivo geral a investigação das experiências do psicólogo em programas de atenção domiciliar, no sistema público de saúde. No âmbito dos objetivos específicos, apreender suas experiências quando integrado à equipe multiprofissional em programas de atenção domiciliar e identificar os requisitos que consideram necessários para qualificar a atuação profissional neste contexto. A investigação foi desenvolvida junto a psicólogos com experiências de atuação em duas modalidades do serviço de atenção domiciliar (assistência domiciliar e programa em saúde da família) no sistema público de saúde, sem referências às instituições. A abordagem qualitativa estruturou o estudo e os procedimentos metodológicos seguiram os passos: pesquisa bibliográfica, para conhecimento das publicações científicas quanto à relação entre atenção domiciliar e psicologia, e apreensão de referencial teórico na perspectiva de “processos histórico-culturais de produção de subjetividades, “transdisciplinaridade”, utilizado como referência na análise dos dados; revisão documental, de legislação e normatizações profissionais que colaborassem para as discussões e; coleta de dados empíricos, segundo o método biográfico (história de vida temática) de pesquisa, entrevista, orientada por um roteiro de questões e, caderno de notas de campo. A análise dos dados se deu na perspectiva da Análise Temática de Conteúdo. A produção final demonstra que a atenção domiciliar é um campo recente de práticas em saúde marcado pelo desenho sociopolítico contemporâneo denominado “sociedade de controle”; que o psicólogo chega nesse contexto pautando suas atuações no modelo romântico-liberal-disciplinar e experimenta desterritorialização teórico-técnica nas ações “a céu aberto” e na relação com a equipe de saúde; constata que a “experiência” é norteadora das intervenções; que os referenciais da prática clínica-intimista são reconsiderados e o repertório interventivo ampliado; as qualificações apontadas sugerem que é necessário ao psicólogo flexibilizar seus aportes teóricos e criar, baseado na experiência, novas ferramentas interventivas; privilegiar intervenções clínicas concisas; disponibilidade para atuar em equipe; ampliar o arcabouço teórico-técnico interventivo e capacidade para suportar as ressonâncias do sofrimento presente no contexto. O aporte teórico discutido com os dados demonstra que a desnaturalização do saber possibilita ao psicólogo capacidade crítica para analisar os discursos presentes em suas intervenções e a que processos de subjetivação favorecem, bem como das bases ético-epistemológicas dos saberes vigentes na área da saúde; que a transdisciplinaridade favorece a afetação entre as disciplinas, possibilitando outros arranjos teórico-técnicos para exercício das práticas psicológicas na atualidade. Por fim, foi elaborada uma proposição, que se pretende produto desta pesquisa, intitulada “indícios para uma clínica na atenção domiciliar”.

**Palavras chave:** 1. psicologia e atenção domiciliar. 2. psicólogo e equipe multiprofissional. 3. sistema público de saúde. 4. produção de subjetividades e o contemporâneo. 5. transdisciplinaridade e clínica.



## ABSTRACT

The general aim of this study was to investigate the psychologist's perceptions and experiences in their practice with a multiprofessional team regarding the home care field in the health public system. Among the specific objectives, we may mention: to apprehend their experiences and to identify the most important conditions considered as crucial to qualify their professional practice in this context. This investigation was carried out with psychologists from different practices in relation to two modalities of the home care service (home assistance and family health program) in the public health system, without any reference to the institutions. A qualitative approach structured our study and the methodological procedures were as follows: bibliographic review to understand theoretical approaches, from a historic-cultural processes of subjectivity production, "transdisciplinarity", used as reference in data analysis: documental analysis, of legislation review and professional normatizations which could collaborate with discussions and; empirical data collection, according to the biographic method (thematic history of life) of research, interview, script oriented-questions and a field notebook . Data analysis was based on the perspective of Thematic Analysis of the Content. The final production showed that home care is a recent field of health practices, characterized by its inscriptions in the contemporaneous sociopolitical design , society of control; the psychologist arrives in this context based on the romantic-liberal-disciplinary model and experiments theoretical-technical deterritorialization in the "open sky" actions and in the relationship with the health staff; assuming that the "practice" is a guide for interventions, that referentials in the clinic intimist practice are reconsidered and the interventive speech was expanded; the mentioned qualifications suggest that the psychologist needs to be flexible on their theoretical approaches and to create, based on their experience, new instruments; to favor concise clinical interventions; availability to act as a team; to build up their interventive theoretical-technical background and the ability to support suffering resonances present in this context. The theoretical support discussed with data showed that knowledge transformation gave the psychologist the critical ability to analyze speeches present on their interventions and which subjectivity process it favors, as well as the ethic-epistemological basis of the present knowledge in the health area; also, the transdisciplinarity favors the involvement among different disciplines allowing other theoretical arrangements for the psychological practices in the contemporary. At last, one proposal were elaborated as products of this study: indication for a clinic action in home care.

**Keywords:** 1. psychology and home care. 2. psychologist and multiprofessional team. 3. public health system. 4. subjectivity production and contemporary. 5. transdisciplinary and clinic action.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Justificativa, Problematização e Objetivos .....	12
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 Procedimentos.....	17
2.2 A análise dos dados .....	22
<b>3. PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES E O CONTEMPORÂNEO.....</b>	<b>24</b>
3.1 Subjetivação na Antiguidade.....	25
3.2 O Niilismo: um arco histórico-filosófico.....	26
3.3 Niilismos reativo e passivo: a interioridade como auto-referência.....	29
3.4 Niilismos passivo e ativo: poder, sujeitos da interioridade e do “si-corpo” .....	35
3.5 Bioascese: as práticas do “si-corpo”.....	40
3.6 A medicalização da existência.....	44
3.7 A Noção de “Risco”: o autogerenciamento.....	46
3.8 Biotecnologias.....	48
3.9 O pós-orgânico: acenos de um futuro-agora no niilismo contemporâneo.....	50
<b>4. DA REFORMA SANITÁRIA À ATENÇÃO DOMICILIAR.....</b>	<b>56</b>
4.1 A Atenção Domiciliar.....	59
4.2 Modalidades de Atenção Domiciliar.....	61
4.3 Os serviços de Atenção Domiciliar.....	63
4.4 A equipe de saúde e o cuidador.....	66
<b>5. PSICOLOGIA, ATENÇÃO DOMICILIAR E SAÚDE: Formação, clínica e transdisciplinaridade.....</b>	<b>70</b>
5.1 O psicólogo na equipe de atenção domiciliar: legislação .....	70
5.2 Psicologia e saúde: formação.....	73
5.3 O psicólogo e a equipe de saúde: interações e interdisciplinaridade.....	77
5.4 A transdisciplinaridade: um lugar possível.....	78

5.5 Transdisciplinaridade e práticas psicológicas na Saúde: das essências às multiplicidades.....	80
5.6 A clínica transdisciplinar.....	83
<b>6. O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: Experiências e Percepções.....</b>	<b>88</b>
6.1 Procedimentos.....	88
6.2 As experiências.....	89
6.2.1 Primeiras impressões: (Des)Rotinas.....	89
6.2.2 O psicólogo e a equipe de saúde.....	95
6.2.3 Adentrando o domicílio: interações e intervenções.....	99
6.2.4 Intervenções clínicas no domicílio: reconsiderações.....	103
6.2.5 Críticas à formação .....	112
6.2.6 Ganhos e outras experiências.....	113
6.3 Considerações quanto à qualificação profissional .....	115
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
7.1 Experiências e (des)rotinas.....	122
7.2 Quanto à qualificação profissional .....	123
<b>8. INDÍCIOS PARA UMA CLÍNICA NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....</b>	<b>127</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>134</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....</b>	<b>143</b>
APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas.....	144
APÊNDICE B – Roteiro de notas de campo.....	145
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	146

*Por um fio eu me parto em dois  
Aceito o que a sorte dispôs  
No meu caminho  
Vejo a vida, a morte e o depois  
Não vou viver jamais sozinho  
Porque sou dois  
Sou mais que dois  
Sou muitos fios  
Que vão se tecendo  
Com a voz do outro em mim  
E quem canta não sabe o fim  
Com medo e alegria  
Ele anda por um fio  
Por um fio eu me parto em dois  
Aceito o que a sorte dispôs  
No meu caminho  
Vejo a vida, a morte e o depois  
Não vou viver jamais sozinho  
Porque sou dois  
Sou mais que dois  
Sou muitos fios  
Que vão se tecendo  
Com a voz do outro em mim  
E quem canta não sabe o fim  
Com medo e alegria  
Ele anda por um fio*

*(WISNIK; NEVES, 1998)*

## 1 INTRODUÇÃO

*[...] a poesia é uma arte nômade. A diferença entre um nômade e um colono não é a diferença; o motivo pelo qual o colono teme o nômade não é tanto porque este pode destruir sua casa, sua vida, mas **porque o nômade compromete a sua idéia de horizonte***  
J. Brodsky<sup>1</sup>

### 1.1 Justificativa, Problematização e Objetivos

O interesse pelo estudo surgiu quando de um convite a ingressar em equipe de atenção domiciliar num hospital público na cidade de São Paulo. Essa configuração de campo e a percepção da desestabilização dos aportes teórico-práticos despertaram-me sentimentos de insegurança e desejos de maiores conhecimentos da prática profissional num contexto diferenciado daqueles aos quais estava ambientado (consultório particular e dependências hospitalares).

Busquei respaldo teórico, porém, poucos estudos foram encontrados. Constatei que, na Psicologia, a atenção domiciliar era um campo de práxis e conhecimento pouco explorado e conhecido.

Imerso nos fluxos rotineiros do programa de atenção domiciliar, como reuniões multiprofissionais, visitas domiciliares com a finalidade de entrevistar, observar e atender pacientes acamados e dependentes, familiares e cuidadores, e a participação em eventos de assistência e pedagógico-científicos, defrontei-me com demandas não contempladas em minha formação profissional, como o relacionamento com equipe de saúde e exercício clínico em domicílio, com características diferenciadas das atuações convencionais, voltadas ao “desvelamento da verdade última”, na interioridade. Minha experiência na área hospitalar foi de grande valia, inicialmente.

Historicamente, a inserção da Psicologia na área da saúde pública se intensifica desde meados da década de 1970, com grande produção científica a partir das práticas nas instituições hospitalares e unidades básicas de saúde. Nessa época as discussões sobre saúde já estavam no centro da política e da cultura,

---

<sup>1</sup> Imagem falada, 2005.

tempos da formação social contemporânea denominada “sociedade de controle” e imersa no império do capitalismo global. Entre erros e acertos a prática foi acontecendo e o saber se construindo (AGUIAR, 2004).

Nas décadas de 1970 e 1980<sup>2</sup>, intensos movimentos socioeconômicos provocam ressonâncias no campo da Saúde, culminando com a Reforma Sanitária e, em seus desdobramentos, no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Posteriormente, por intermédio da Lei Federal 10.424/02, foi instituído no SUS o atendimento e internação domiciliar, serviço de atenção à saúde que passou a ser exercido a partir de hospitais-escolas e unidades de saúde (BRASIL, 1990; 2002).

Uma espécie de “clínica a céu aberto” se inicia aqui, menos hospitalocêntrica e progressivamente menos referida ao “mundo interior”. Os serviços de atenção domiciliar à saúde lançam suas ações no tecido social e como produto dessas experiências surgiram espaços nas equipes para o profissional psicólogo (AGUIAR, 2004; PASSOS; BENEVIDES, 2001; PASSOS; BARROS, 2004; PELBART, 2000).

O psicólogo sente seus aportes teórico-técnicos convencionais desafiados. Atuar no domicílio? Como ficam os controles sobre o ambiente? Como manter a privacidade e o sigilo? Intervir com outros (equipe e habitantes)? Relacionar-se com equipe interprofissional (LAHAM, 2004; SOUZA, 2000)?

Nas ações da Psicologia Hospitalar, o *setting* terapêutico convencional sofreu abalos. Os acontecimentos à beira dos leitos, nos corredores de hospitais e suas dependências, nas unidades públicas de saúde, desafiam seus pressupostos. A privacidade, o sigilo, o controle sobre variáveis como tempo, são questionados. Na atuação em domicílio esses aspectos foram ainda mais esgarçados pelos novos e imprevistos cenários.

Como pensar intervenções em domicílio junto ao leito de pacientes, às vezes recebendo cuidados técnicos da enfermagem ou fisioterapia? Na cadeira ou em pé na sala, na cozinha, junto ao cuidador? Perambulando pelas ruas próximas ao domicílio com algum familiar?

---

2 Nesse período, nos Estados Unidos da América, emerge o discurso da psiquiatria biológica difundindo-se como “verdade” e “natural” pelo tecido social. Sua ênfase não é mais na psicodinâmica do indivíduo e, sim, nos métodos e no vocabulário médico como os únicos e legítimos na investigação e descrição dos transtornos mentais. Os questionamentos que desafiam esse movimento se baseiam na premissa de que suas estratégias servem de “controle social” e, como instrumento de “medicalização da sociedade”. Sintoma do desinvestimento progressivo no “mundo interior” da clínica, ocorrente no contemporâneo (AGUIAR, 2004).

O desconforto foi inevitável. Fiquei com a sensação de caminhar em terreno desconhecido, à procura de segurança nos pressupostos convencionais e percebendo suas inaplicabilidades, tendo que escolher rumos diferentes a cada novo acontecimento. Muitos caminhos davam em lugar nenhum. Idas e vindas foram um exercício de desprendimento. A “experiência” foi o fio condutor das hipóteses e atuações ora eram bem sucedidas, ora frustrantes e depois consideradas como um bom ensaio.

O Manual de Orientações do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, Item IV – subitem 2.7, endossa essas impressões pessoais quando afirma que

... a prática em atendimento domiciliar na área da saúde vem crescendo nos setores público e privado [...] e [...] na Psicologia, é uma modalidade de atuação ainda pouco conhecida pela maioria dos psicólogos e que tem trazido algumas questões referentes à sua natureza e aos problemas éticos que podem estar envolvidos.

Dessa vivência pessoal e profissional surgiu o desejo de conhecer experiências de outros psicólogos que participavam de atividades no cenário da atenção domiciliar. Com esse intento ingressei no programa de Mestrado Profissionalizante do Centro de Desenvolvimento em Ensino Superior em Saúde (CEDESS), da Universidade Federal de São Paulo, em busca de embasamento para realizar a pesquisa.

O delineamento do estudo partiu das seguintes questões:

- Como são as experiências do psicólogo em programas de atenção domiciliar, no sistema público de saúde?
- Que qualificações esses psicólogos consideram necessárias para a atuação nesse contexto?

A partir dessas questões norteadoras, o **objetivo geral** deste estudo foi assim dimensionado:

- *Investigar as experiências do psicólogo integrante em programas de atenção domiciliar, no sistema público de saúde.*

Nessa direção, **os objetivos específicos** foram assim estabelecidos:

- *apreender as experiências do psicólogo integrante de equipe multiprofissional em serviços públicos de atenção domiciliar, e;*
- *identificar suas percepções sobre qualificações necessárias para atuação profissional nesse contexto.*

O conceito de “experiência” adotado nesse estudo é o sugerido por Dewey e James, quando afirmam

[que a experiência] é intrinsecamente *relacional*: diz respeito ao âmbito da relação imediata, ativa e multidimensional do indivíduo no ambiente físico e humano, concreto ou imaginário, no qual está estruturalmente ancorado. A experiência é *prospectiva* e *ativa*, voltada para um alvo, e não retrospectiva, como no modelo psicológico clássico, ou passiva, como no mero registro de estímulos na *tabula rasa* concebida por Locke. Por isso, a experiência é intrinsecamente orientada, dotada de sentido (*meaningful*), e esses sentidos não são fixos, dados de antemão, previsíveis, ou ainda dedutíveis de alguma estrutura anterior a ela; eles emergem no contexto específico em que a experiência se dá (*apud* BEZERRA JUNIOR, 2008, p.206, grifos do autor).

A construção desse estudo, então, seguiu os passos e tópicos:

- Introdução: Justificativa, problematização e objetivos do estudo.
- Capítulo 1: Procedimentos Metodológicos.
- Capítulo 2: Processos de subjetivação no contemporâneo.
- Capítulo 3: Atenção domiciliar e legislação, modalidades, serviços e atores.
- Capítulo 4: Psicologia, Atenção Domiciliar e Saúde, formação, transdisciplinaridade e práticas psicológicas.
- Capítulo 5: O psicólogo nas citações legais sobre atenção domiciliar.
- Capítulo 6: Análise dos dados.
- Capítulo 7: Considerações finais: os aspectos apreendidos na pesquisa sobre a experiência do psicólogo e qualificações para sua atuação na atenção domiciliar.



- Capítulo 8: Produto da pesquisa: apontamentos para uma clínica na atenção domiciliar.
- Por fim, as referências e apêndices.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

*o conhecimento científico [é] constituído sem fundamento substancial, sem natureza mantenedora da sua neutralidade e objetividade. Não podemos, doravante, aceitar a pretensão de um conhecimento desinteressado que apenas desvela a realidade de seu objeto. Pois conhecer é estar em um engajamento produtivo da realidade conhecida, mas também é constituir-se neste engajamento por um efeito de retroação, já que não estamos imunes ao que conhecemos.*  
(PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 77)

### 2.1 Procedimentos

Optamos por construir pesquisa a partir da **abordagem qualitativa**, que tem como pressupostos a valorização e apreensão da subjetividade, dos sentidos dados por indivíduos ou grupos às suas vivências, que passam também a ser partilhados culturalmente, organizando o grupo social em torno destas representações e simbolismos (MINAYO, 2006; TURATO, 2005).

A abordagem qualitativa refere-se a estudos de ressignificações, representações psíquicas e sociais, percepções, pontos de vista, experiências de vida, analogias, crenças, motivações (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; TURATO, 2003).

Diferentemente da abordagem quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda. Não se preocupa com generalizações, princípios e leis, sendo seu foco principal o específico, o peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos aspectos estudados. (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave que busca uma compreensão subjetiva da experiência humana (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; MINAYO, 2006).

O estudo foi desenvolvido junto a psicólogos com experiência no campo da atenção domiciliar no sistema público de saúde, sem referências às instituições, com o intuito de colher impressões e significados sobre suas experiências, em seus vários aspectos. **As etapas de construção da pesquisa** foram: pesquisa bibliográfica, revisão documental, coleta de dados empíricos e análise final.

A **pesquisa bibliográfica** objetivou a apreensão de aportes teóricos sobre os temas: Psicologia e Atenção Domiciliar, Transdisciplinaridade e Produção de Subjetividades.

A **revisão documental** objetivou a coleta de informações sobre o conjunto de legislações e normatizações profissionais sobre Psicologia e Atenção Domiciliar, para fundamentar o cotejamento empreendido.

O **método biográfico** norteou a coleta dos dados empíricos, tendo como critério o estímulo à livre narração por parte dos colaboradores, facilitando a expressão de idéias, crenças e sentimentos quanto às suas experiências, respeitando e, até mesmo, valorizando ênfases e silêncio durante a narrativa (MEIHY, 2005).

O método biográfico atribui à subjetividade um valor de conhecimento. Lê a realidade social do ponto de vista de um indivíduo historicamente determinado “pois a vida é uma práxis que se apropria das relações sociais interiorizando-as e voltando a traduzi-las em estruturas psicológicas por meio de sua atividade desestruturante-estruturante” (FERRAROTI, 1988, p. 26).

Para o método biográfico, o homem não é um objeto passivo, pois em todo ato ou comportamento humano existem, de um lado, a co-presença ativa dos condicionantes sociais e, de outro, a práxis humana, que os filtra e os interioriza, totalizando-os. O social é “implicado” por meio de uma introjeção sintética que o desestrutura e o reestrutura, conferindo-lhe formas psicológicas. Sendo todo indivíduo a reapropriação singular do universal social e histórico que o rodeia, podemos conhecer, via biografia, o social a partir da especificidade irreduzível de uma práxis individual.

É na construção da narrativa, no subjetivo, que se situa o interesse do método. O objetivo central da coleta de depoimentos não se esgota na busca da verdade e, sim, na da experiência (MEIHY, 2005).

As narrativas das histórias de vida são compreendidas como expressão da representação pessoal da realidade: idéias, crenças, maneira de pensar, sentir e atuar; condutas, estimativas do futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos. Não se faz obrigatória a ordem cronológica dos acontecimentos narrados e sim a valorização subjetiva dos detalhes vividos (ALBERTI, 2005; FERRAROTI, 1988; MEIHY, 2005; MINAYO, 2006).

Segundo Minayo,

a história de vida pode ser a melhor abordagem para se compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e o declínio de uma relação social e as respostas situacionais a contingências cotidianas (2006, p.154).

A **abordagem biográfica** é comparada à entrevista aberta e objetiva estimular o entrevistado à livre narração, considerando que permite emergir e ressaltar os níveis socioafetivo-existenciais. Segundo Ferrarotti (1988, p.24) esta abordagem “diferencia-se dela [entrevista aberta] apenas devido a uma maior vivacidade e um acento mais diacrônico”. Decidimos, a partir dessa aproximação, nomear a abordagem biográfica como “entrevista”.

Os recursos materiais de apoio utilizados para registro das entrevistas foram um gravador e caderno de notas de campo (SCHRAIBER, 1995).

Utilizamos os termos **entrevistados** e colaboradores ao invés de sujeitos, para designar aqueles que contribuíram com suas narrativas para os propósitos da pesquisa. Os entrevistados são psicólogos que atuam em serviços de atenção domiciliar, aqui entendidos como “unidades qualitativas” (ALBERTI, 2005; MEIHY, 2005; SCHRAIBER, 1995).

De acordo com Duarte (2002), numa metodologia qualitativa, o número de colaboradores dificilmente pode ser determinado a priori, dependendo da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e grau de recorrência e divergência das informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação, as entrevistas precisam continuar.

À medida que se colhem os depoimentos, são levantadas e organizadas as informações que, dependendo de seu volume e qualidade, tornam-se cada vez mais consistentes e densas. Quando já é possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo, as recorrências atingem o “ponto de saturação” e dá-se por finalizado o trabalho de campo, sabendo que se pode (e deve) voltar para esclarecimentos.

O pesquisador possui trânsito junto à rede de registros e relacionamentos desta categoria, por atuar como psicólogo num programa de atenção domiciliar de um hospital universitário e público, o que lhe permitiu acesso a colaboradores em

potencial. **O grupo de entrevistados** definiu-se após contato com oito programas de atenção domiciliar na Grande São Paulo, com psicólogos integrantes.

Daí, seis psicólogos consentiram em participar da pesquisa, tendo como hipótese que seus depoimentos possibilitariam aproximação à questão do exercício profissional do psicólogo inserido nesse contexto. Durante a pesquisa três atuavam em programas de assistência domiciliar, e três em Programas de Saúde da Família (PSF) e o Quadro 1 demonstra características dos integrantes, como: idade, tempo de experiência e de formação.

Quadro 1  
Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Idade	TF	TAD
<b>Grupo Assistência Domiciliar</b>			
P2	35	11	10
P4	45	20	10
P6	44	20	11
<i>Média Geral</i>	<i>41.33</i>	<i>17</i>	<i>10.33</i>
<b>Grupo PSF</b>			
P1	27	04	03
P3	27	04	02
P5	33	05	04
<i>Média Geral</i>	<i>29</i>	<i>4.33</i>	<i>03</i>

Legenda: (TF) tempo de formação; (TAD) tempo de atuação na atenção domiciliar

No grupo “Assistência Domiciliar”, os entrevistados possuem mais tempo de formação e prática; dois com especialização em Psicologia Hospitalar e pós-graduação *stricto sensu*. O terceiro possui especialização em Psicologia Clínica. Todos exercem atividades na atenção domiciliar.

No grupo “PSF”, possuem menos tempo de formação e prática e os três psicólogos são especializados em residência multiprofissional em saúde da família, tendo exercido atividades rotineiras em visita domiciliar. Dois entrevistados exercem

atividades profissionais na atenção domiciliar, um possui experiência recente exercida na residência multiprofissional.

Não fizeram parte do grupo de entrevistados psicólogos atuantes em programas de “internação domiciliar” do sistema público, por não terem sido encontrados registros de profissionais atuantes nesse contexto.

Foram realizadas duas entrevistas como pré-teste para avaliar as necessidades de ajustes ou redirecionamento no roteiro.

As entrevistas foram iniciadas com apresentações pessoais e alguns entrevistados apresentaram o ambiente físico do local, geralmente pertencente à base do programa onde atua.

Procedeu-se ao esclarecimento detalhado sobre o estudo e como seria sua participação, ressaltando-se que, a qualquer momento, poderia ser retirado o consentimento. As entrevistas foram gravadas com a anuência dos colaboradores, num tempo médio de sessenta minutos e transcritas na íntegra.

Iniciando a **entrevista**, conforme orientação do método biográfico, a seguinte frase-consigna foi pronunciada: “Fale sobre suas experiências no campo da atenção domiciliar”, objetivando conhecer vivências e concepções relacionadas às experiências em geral, relacionamento interprofissional e opiniões sobre qualificação necessária para atuação na atenção domiciliar. Um **roteiro de entrevista** foi elaborado (apêndice A) para ajudar o pesquisador na obtenção das informações desejadas durante a narrativa dos colaboradores.

Foi utilizado um **caderno de notas de campo** para registros das ocorrências antes, durante e pós-entrevistas e impressões do pesquisador sobre o processo (APÊNDICE B).

As situações nas quais se verificam os contatos entre pesquisador e colaboradores configuram-se como parte integrante do material de análise. Foram, assim, registrados como os contatos foram estabelecidos, a forma como o entrevistador foi recebido, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento, o local (casa, escritório, espaço público etc.), a postura, o depoimento, gestos, sinais corporais e/ou mudanças de tom de voz, etc., entendendo-se que esses dados fornecem elementos significativos para a leitura/interpretação posterior daquele depoimento, bem como para a compreensão do universo investigado (DUARTE, 2002).

Foi apresentado aos colaboradores um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** com a finalidade de lhes garantir sigilo, privacidade e direitos sobre o conteúdo coletado, bem como ciência sobre sua participação no estudo (ANEXO C).

Os colaboradores foram considerados, neste estudo, como participantes, co-construtores de significados e não apenas "objetos" de uma pesquisa (SZYMANSKI e CURY, 2004).

## 2.2 A análise dos dados

Como sugerem Minayo (2006) e Schraiber (1996), a estruturação do processo de análise dos dados seguiu as etapas: transcrição das gravações; leitura crítica do material; classificação, releitura e agrupamento dos depoimentos a partir da análise dos temas emergentes; classificação das temáticas; retomada do material para completar a etapa.

A análise dos dados empíricos se baseou na técnica de Análise Temática de Conteúdo. Segundo Minayo (2006),

fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (p.316, grifos do autor).

Foram estabelecidas categorias analíticas com o intuito de apreender sínteses, levando-se em consideração a possibilidade de surgimento de novas categorias, pós-coleta de dados e no procedimento de análise. As categorias analíticas são: experiências em geral, relacionamento interprofissional e qualificação para atuação na atenção domiciliar.

Para Minayo (2006) a análise dos dados envolve sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, percepção dos aspectos relevantes e do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido ao outro. O produto final de uma pesquisa é sempre provisório e sua compreensão

não é contemplativa, pois inclui num mesmo projeto o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador.

Segundo a autora, a interpretação, além de superar a dicotomia objetividade/subjetividade, análise/síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador e sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos.

Todo o processo de pesquisa foi balizado nos aspectos éticos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.



### 3 PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES E O CONTEMPORÂNEO

*Quero dizer que temos uma espécie de película  
sobre os olhos e, portanto, nossa visão ocular atual  
é deformada, oprimida, reprimida, invertida e sufocada  
por algumas malversões sobre o princípio de  
nossa caixa craniana, como sobre a arquitetura dentária  
de nosso ser, desde o cóccix abaixo das vértebras  
até as bases do fórceps das mandíbulas que sustentam o cérebro.  
(ARTAUD, 2003, p.15)*

Dutra (2004) nos informa sobre a atual coexistência, na Psicologia, de duas concepções sobre clínica. Uma, a tendência clássica, com atividades predominantemente exercidas em consultório particular, priorizando o enfoque intrapsíquico e os processos psicológicos e psicopatológicos de um sujeito abstrato e descontextualizado historicamente, sempre à busca de uma verdade última; outra, uma tendência emergente, com maior interesse pelo contexto social, com novas concepções de sujeito e pelo interesse na articulação entre clínica e social. A autora afirma que “podemos dizer que o novo *fazer clínico* inclui uma análise do contexto social em que o indivíduo está inserido” (p.382).

É nesta direção que se percebe o crescimento de uma tendência na Psicologia Clínica, a qual se centraria na ênfase de uma concepção de subjetividade resultante de uma construção social e histórica. Assim, modifica-se a noção de sujeito e, com ela, a postura diante do ato clínico. Tal movimento em direção ao contexto social constitui-se num movimento teórico-metodológico até então pouco pensado no âmbito da Psicologia Clínica tradicional. E surge da necessidade de construção de um saber que reflita, também, a realidade brasileira, e que possa problematizar as práticas até então ainda não pensadas na dimensão sócio-cultural (p. 383).

Benevides (2005) corrobora com o argumento acrescentando que no fazer clínico nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos; modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade. Nesse movimento discorremos a seguir sobre discussões quanto ao processo de produção de subjetividades no contemporâneo e seus múltiplos atravessamentos, na perspectiva de vários autores, considerando esta tematização importante no desenvolvimento dos argumentos utilizados no decorrer desta produção.

Em se tratando de produção de subjetividades, Bezerra Junior considera que

a maneira como a realidade político-econômica de uma sociedade afeta a subjetividade e o mundo psíquico dos indivíduos é mais complexa e indireta, e se dá fundamentalmente por meio de criação de certos ideais, da valorização de modelos de pensamento, da propagação de certos repertórios de conduta, da difusão de metáforas que se incorporam no senso comum, enfim, pela criação de novos jogos de linguagem, repertórios de sentido ou jogos de verdade que dão consistência ao imaginário de uma época, imaginário por meio do qual o mundo, a existência pessoal ganham consistência e significação (2002, p.232).

Sibilia complementa: “As subjetividades são modos de estar no mundo. Seus contornos, portanto, são flexíveis e mudam ao sabor da história e das diversas tradições culturais, longe de toda essência fixa e estável” (2007, p.1).

Acrescenta, ainda, que os modos de subjetivação possuem três níveis:

[...] no *nível singular*, a análise focaliza a trajetória única de cada indivíduo; o *nível particular*, por sua vez, detecta os elementos comuns a alguns sujeitos, mas não a todos eles (a interioridade seria um bom exemplo deste tipo de atributos subjetivos, pois se trata de uma construção histórica); já no *nível universal*, aparecem características comuns a toda a espécie humana, tais como a inscrição corporal da subjetividade e a sua organização por meio da linguagem (p.3, grifos nossos).

Os modos de subjetivação, portanto, não são naturais, e sim, configurações resultantes das forças em jogo numa dada época. São apresentadas, a seguir, inscrições marcantes dos processos de subjetivações na atualidade, situando historicamente seus surgimentos.

### 3.1 Subjetivação na Antigüidade

Segundo Costa (informação verbal, 2006)<sup>3</sup> a referência para a subjetivação na Grécia era a vida pública, política, a vida na *pólis* democrática, o espaço público para o compartilhamento de concepções práticas da vida cotidiana.

---

3 Palestra proferida em 27 de outubro de 2006, intitulada “Da vida política à vida higiênico-romântica: percurso da subjetividade na cultura do ocidente”. Café Filosófico. Disponível em

Para o cidadão grego, a vida era dividida em duas matrizes que não se interligavam: *zoo* e *bios*. O primeiro termo refere-se à vida animal comum a todos os seres, à vida orgânica. Os gregos sentiam-se escravos das necessidades, como respirar, alimentar-se, excretar, fazer sexo. O segundo termo refere-se à vida qualificada, admirável, constituída pelo exercício da inteligência e liberdade voltadas à construção da cidadania, da democracia.

Os gregos sentiam-se livres para agir, pensar ou falar. Frente à impossibilidade de controlar *zoo*, sentiam-se diminuídos, aprisionados e esta “vida menor” era vivida oculta, em casa, “vida privada”, termo que, conforme o autor significa “vida de privação”, privação da liberdade, magnânima virtude da cidadania grega. O corpo nessa configuração de subjetividade não era nada significativo, embora não fosse desprezado.

A virtude máxima era o exercício da vida política vivida nos espaços públicos, nas praças, onde o comércio se desenvolve e as discussões sobre a vida e a sociedade acontecem, lugar de formação da auto-referência como um acontecimento no mundo. Essa forma de organização social e política marcou radicalmente o desenvolvimento da lógica do pensamento na história do ocidente.

### **3.2 O Niilismo: um arco histórico-filosófico**

Henz (2007) e Pelbart (2006, 2008) consideram a tematização do niilismo, na perspectiva de Friedrich Nietzsche (1844-1900), importante para a compreensão dos processos produtores de subjetividades no contemporâneo, devido a suas inscrições na história da filosofia e cultura do ocidente.

Para Nietzsche, na época trágica os gregos apresentavam compreensão profunda de que a vida no enfrentamento de maior intimidade, como dor e morte, extraía uma vitalidade maior, uma força.

Segundo Naffah Neto (1996) a tragédia grega ensinava uma sabedoria de viver isenta de qualquer conotação moral. Por intermédio de um distanciamento

estético o cidadão grego deslocava *hýbris*<sup>4</sup> e os acontecimentos nefastos que dela decorriam para a vida de um herói, onde a tragédia mantinha essas forças atuantes e visíveis ao mesmo tempo em que evitava sua perigosa destrutividade. Assim, em vez de ser atravessado por elas de forma descontrolada, o grego podia presenciar o herói nessa condição e aprender através das suas desgraças. A tragédia funcionava, assim, como uma escola de vida.

Para Nietzsche, na tragédia se embatiam os impulsos dionisíacos, que faz referência a Dionísio, o caos originário, ou seja, as paixões excessivas em constante movimento de expansão e intensificação, carregadas de virtualidade e aspirando formas possíveis, e impulsos apolíneos, referente a Apolo, forças ligadas a processos de dar forma, limites, contornos, individualidade, clareza e direção a impulsos originalmente caóticos. A tragédia realiza essa união dos dois impulsos, ao dar forma estética às manifestações transbordantes da vida (NAFFAH NETO, 1996).

Entretanto, a angústia diante dos perigos desse caos originário, dionisíaco, levou o homem grego a achar que não bastava disfarçá-lo, sob o manto da bela forma apolínea: era preciso discipliná-lo, ordená-lo, dividindo-o em *verdades e falsidades*, em categorias de *Bem* e de *Mal*. Era preciso substituir esse saber intuitivo, artístico, por um conhecimento racional, capaz de permitir o controle do mundo (NAFFAH NETO, 1996, s.p).

Na sequência, com o surgimento da filosofia socrática e platônica, a orientação passa a ser outra premissa: “viver é perigoso, é sofrer, então, basta de vida [...] nada de dor, nada de morte. Limpeza, isto é, grau zero de tensão, grau zero de vida” (HENZ, 2007, p.30).

Segundo Pelbart (2006), o niilismo consiste numa depreciação metafísica da vida, a partir de valores considerados superiores à própria vida, com o que a vida fica reduzida a um valor de nada. Com o termo niilismo, Nietzsche refere à ascensão dos valores morais, o modo como esses valores vieram a valer no transcurso de nossa cultura socrático-cristã, assegurando-lhes uma finalidade e um sentido, mas ao mesmo tempo denegrindo a existência, deslocando o “centro de gravidade da vida em direção a outra esfera que não ela mesma – o resto é consequência” (p.3).

---

4 Termo grego que significa “paixões em excesso” como cólera, ciúmes ou ódio (NAFFAH NETO, 1996).

Todo o percurso do pensamento niilista pode ser lido em dois grandes movimentos sucessivos e contraditórios. O primeiro corresponde ao deslocamento metafísico operado na antiguidade, desde Platão e prolongado pelo Cristianismo ao longo da história. O segundo, num sentido inverso, corresponde à perda desse eixo metafísico, principalmente na Modernidade.

O primeiro é o niilismo *negativo*, o mais abrangente, a negação da vida. A partir do platonismo e reafirmada no Cristianismo, uma grande negação se apresenta como desvalorização da vida em nome de sumos valores. Platão, em suas teses, constitui uma maneira de garantir a possibilidade do conhecimento e fornecer uma inteligibilidade relativa aos fenômenos e assim, instaura o fundamento sobre dois mundos a partir de uma bipartição: o mundo sensível e o mundo inteligível.

O mundo sensível é o das coisas que nos afetam os sentidos, são realidades dependentes, mutáveis e imagens deformadas das realidades inteligíveis. O mundo inteligível é o mundo dos modelos, das idéias, da realidade perfeita e imutável. Para Platão, o mundo concreto percebido pelos sentidos é uma pálida reprodução do mundo das idéias. Cada objeto concreto que existe no mundo sensível participa, junto com todos os outros objetos de sua categoria, de uma idéia perfeita pertencente ao mundo inteligível, estando o que é concreto e sensível subordinado ao que é idéia, lugar da verdade absoluta, a essência de todas as coisas.

Platão busca a verdade essencial *das* coisas e não poderia buscá-la *nas* coisas, pois estas são corruptíveis, ou seja, variam, mudam, surgem e se vão. Embrenha-se na busca da verdade e, como filósofo, deveria buscá-la em algo estável, nas verdadeiras causas, pois a verdade não pode variar. Se há uma verdade essencial para os homens, esta verdade deve valer para todas as pessoas. Logo, a verdade deve ser buscada em algo superior.

Henz (2007) esclarece que esses aspectos da filosofia de Platão e do Cristianismo são, para Nietzsche e Deleuze, uma negação da vida, uma grande negação, que se dá pelas apreciações de valor teológico, moral, racional e agudo desprezo pelo mundo sensível.

Negação da vida em nome de uma vida melhor. Deleuze, assim como Nietzsche, considera que para os gregos anteriores a Sócrates e Platão, não existia uma doutrina de dois mundos. Diferentemente do cristianismo,

os gregos não propunham um transmundo, um mundo além este mundo, considerado sob o critério do bem e da verdade, como recompensa depois da morte, como na versão do cristianismo (HENZ, 2007, p.31).

O segundo movimento, que se no século XVII até o contemporâneo, é composto por três etapas: grande reação ou niilismo *reativo*, passividade ou niilismo *passivo* e busca pela afirmação criativa da vida, ou niilismo *ativo*.

No niilismo *reativo* (início do século XVII) a perda do eixo metafísico se anuncia como reação aos valores superiores, à religiosidade cristã na Modernidade e o “centro da vida” sofre um novo deslocamento. O niilismo *passivo* (século XX) se dá quando o cansaço, o pessimismo e a descrença advêm da reação infrutífera.

O caráter ambivalente dos movimentos no niilismo é notório, no qual o sintoma crescente de fraqueza coexiste com outro de força crescente, em que o esvaziamento da força criadora marcado pela decepção que conduz ao sentimento de que tudo é em vão, coexiste com o sinal de um aumento na força de criar, de querer “a tal ponto que já não são necessárias as interpretações de conjunto que davam um sentido global à existência”. Encontro de direções antagônicas, “de um movimento declinante e ascendente de vida” (PELBART, 2006, p.11-12).

A transvaloração, ou a passagem, se dá na medida em que é possível a depreciação dos valores vigentes até então e levada a termo com conseqüente negativismo e abertura para a exigência da reversão. Para Henz (2007) e Pelbart (2006), o contemporâneo é marcado pelo niilismo *passivo*, que guarda em si potência para aberturas criativas e afirmativas da existência, ou anúncios do niilismo *ativo*, quando o processo se complementa.

### **3.3 Niilismos reativo e passivo: a interioridade como auto-referência**

Os valores antigos e superiores se debilitam coexistindo com as novas propostas. Na grande reação surge o novo centro de gravidade pretendendo estabelecer objetivos e assegurar sentidos com uma autoridade equivalente àquela atribuída à esfera do mundo inteligível, perfeito - o homem. Assim, o indivíduo passa a ser supervalorizado, indicando novas crenças e chaves de pensamento. É o reino do individualismo e intimismo. Surge o *homo psychologicus*.

Michel Foucault, em seus estudos sobre a genealogia do sujeito, desenvolvendo perspectivas de produção de subjetividades a partir de práticas discursivas e não-discursivas, traça o percurso da tematização da “interioridade” ao longo da história, dando referência a Santo Agostinho, que viveu nos séculos IV e V D.C., como o “pai da interioridade” (BEZERRA JUNIOR, 2006; SIBILIA, 2007).

Este apresentou uma importante novidade histórica: a auto-exploração, em busca de sua profundidade, como um caminho para chegar a Deus. Ficava delineada, desse modo, conforme a perspectiva agostiniana, uma primeira formulação do “interior” do sujeito como o lugar da verdade e da autenticidade, um elemento fundamental da cultura moderna (BEZERRA JUNIOR, 2006; SIBILIA, 2007).

O pensamento agostiniano foi retomado no final da Renascença (séculos XVI e XVII) inspirando, entre muitos, René Descartes que em seu discurso “penso, logo existo” tenta buscar o domínio de si graças à racionalidade, à interioridade. Não se tratou de um movimento para buscar Deus dentro de si, mas, apreender a plenitude da auto-presença, o “eu-mesmo” (SIBILIA, 2007).

De acordo com a visão cartesiana, Deus continuava a ser a condição de possibilidade do homem; entretanto, as fontes morais do eu foram retiradas dos terrenos divinos e conduzidas para o interior do sujeito. O “voltar-se para dentro” de Descartes, portanto, não visa mais à busca de um encontro com Deus no interior da subjetividade, como era o caso de Santo Agostinho (SIBILIA, 2007, p.5).

No percurso, Lutero (1483-1546) o monge rebelde que inaugurou o protestantismo no século XVI, pregava a liberdade de ler e interpretar os textos bíblicos dispensando toda e qualquer intermediação entre Deus e os homens, afirmando a liberdade para o livre exame da Bíblia como o da própria consciência, colocando em primeiro plano a responsabilidade individual (BEZERRA JUNIOR, 2006; SIBILIA, 2007).

Michel de Montaigne no século XVI, com sua obra “Ensaaios” foi figura importante para a sedimentação da interioridade como aquele lugar misterioso, rico, incerto, sombrio, instável, transitório e ambíguo localizado “dentro de nós”, onde despontam e são cultivados os pensamentos, as idéias, os sentimentos e as emoções – em oposição ao mundo exterior e público, composto por tudo aquilo que

está “fora” de nós, contribuindo para a secularização da idéia de interioridade ao aprofundar as virtudes da auto-exploração por meio da escrita (SIBILIA, 2007).

A interioridade faz parte de um modo de subjetivação historicamente determinado e tem vigorado de maneira hegemônica no mundo ocidental. Esse processo de formatação criou no homem uma interioridade psicológica, “uma espessura interna, criou a subjetividade como o novo lugar da verdade” (HENZ, informação verbal, 2007a)<sup>5</sup>.

Sibilia continua:

Ao olhar para dentro e se conhecer profundamente, seria possível alcançar a verdadeira natureza: o eu como uma criatura. Assim, conhecer a si mesmo passa a ser um imperativo: é preciso fazer uma hermenêutica incessante de si, uma reflexão radical, pois no final dessa busca pode-se encontrar a transcendência (2007, p. 4).

A indagação do “eu” foi ganhando importância crescente na cultura ocidental, até se converter numa atividade frenética que instava a empreender fascinantes viagens auto-exploratórias e intenso

“deciframento de si”, tomando conta de homens, mulheres e crianças, imbuídos tanto pelo espírito iluminista de conhecimento racional como pelo ímpeto romântico de mergulho nos mistérios mais insondáveis da alma. A escrita de si tornou-se uma prática habitual no século XIX, dando à luz todo tipo de textos introspectivos nos quais a auto-reflexão se voltava para a sondagem da natureza contingente e singular de cada experiência individual. (SIBILIA, 2007, p.6-7).

Figueiredo (2007) assinala que o espaço psicológico marcado pela “interioridade”, como conhecido hoje, surgiu e vive da articulação conflitiva de três formas de pensar e praticar a vida em sociedade no século XIX: o liberalismo, o romantismo e o regime disciplinar<sup>6</sup>.

Segundo o autor, nessa época vivia-se o apogeu do liberalismo e individualismo como princípios de organização econômica e política. No campo das

---

5 Informação fornecida em palestra “Para quem ensinamos psicologia?” em 29/07/2007, no Seminário “Diálogos sobre docência em Psicologia”, patrocinado por UNICAMP, ABEP, UNIFESP, realizado em Campinas, SP.

6 A sociedade disciplinar é uma configuração social iniciada no século XIX, e sua principal característica é a ênfase nas instituições de confinamento como família, escola, hospital, fábrica, prisão com seus processos de normatização social.



artes desabrochavam os movimentos românticos e o mesmo século pode ser identificado como o início de uma sociedade organizada pelo regime disciplinar.

O liberalismo tem algumas premissas, como a preservação dos espaços privados, salvaguarda dos direitos individuais, como liberdade, e mínima presença do Estado na vida econômica, confiando absolutamente na função auto-regulativa do mercado, com ênfase mais nos interesses individuais que no coletivo.

Uma vertente do liberalismo defendia o uso das leis para obtenção da garantia do aumento da felicidade que entendia como a reunião das felicidades individuais, favorece intervenções do Estado como mecanismo regulador das relações, agindo sobre os comportamentos individuais, abrindo precedente para uma nova modalidade de poder.

Ações educacionais, corretivas, sanitárias e militares assumem novas funções, penetrando os espaços da liberdade privada e convertendo a “família” numa agência disciplinadora destinada a normatizar crianças, jovens e adultos. A ênfase no indivíduo e sua interioridade passa a coexistir com a normatização social. Surgem os indícios da forma sociocultural denominada “sociedade disciplinar”.

Alexis de Tocquville (1805-1859) entende que o individualismo não consiste apenas na separação e autonomização dos indivíduos, mas também os enfraquece:

Ele observa tanto um crescimento dos espaços de individuação como poderes das agências governamentais e da opinião pública, os quais tendem a invadir progressivamente as esferas da privacidade. São os próprios indivíduos livres, mas apequenados que se entregam a estes novos déspotas, vigilantes e meticolosos, organizadores detalhistas das crenças, das condutas e dos sentimentos comuns (FIGUEIREDO, 2007, p.137).

O romantismo pressupõe a capacidade de autopropulsionar, criar, transcender-se e integrar-se às coletividades e tradições, o que revela sua face política conservadora; investe no auto-engendramento ou no desprendimento das identidades convencionais, contrapondo-se à conservação dos papéis e máscaras sociais.

Critica o individualismo clássico do liberalismo e, assim, alia-se à normatização social, num processo exemplificado pela “figura carismática”, aquela “capaz de exercer um controle supra-racional sobre os homens, de mobilizar suas paixões, conquistar suas mentes, modelar suas crenças, empolgar suas vontades e

conduzir suas ações” (p.144). Esse foi o ponto em que o liberalismo se articulou com o romantismo para fazer frente aos intensos processos normativos da sociedade disciplinar.

Assim, as articulações afins e conflituosas entre liberalismo, romantismo e regime disciplinar produzem a configuração do espaço psicológico do “eu”, como o conhecemos atualmente, marcado por investimento na interioridade e desinvestimento na vida social.

Assim, o *homo psychologicus* é um tipo de sujeito que aprendeu a organizar a sua experiência em torno de um eixo situado em sua complexa vida interior.

Para Bezerra Junior (2006) neste cenário nasceu a clínica médica, conforme assinala Michel Foucault, um saber sobre o indivíduo e suas experiências de sofrimento.

Reconhecendo a singularidade do *pathos* individual, as doenças começaram a ser compreendidas como encarnações no indivíduo; o foco, portanto, foi deslocado da doença para o doente. Em seguida, as doenças seriam pensadas e tratadas como desvios da normalidade, com suas raízes fincadas no interior dos corpos individuais. Assim, ao longo da era moderna foram desenvolvidas diversas tecnologias e todo um leque de saberes que legitimavam o mergulho no interior desses corpos, à procura da verdade escondida em sua intimidade obscura e visceral. A “técnica da confissão”<sup>7</sup> é um desses dispositivos, amplamente disseminado pelos mais diversos âmbitos, envolvendo das formas jurídicas às práticas médicas e, sobretudo, à psicanálise (BEZERRA JUNIOR, 2006, p.7-8).

Com o surgimento da anátomo-clínica que se caracterizava pelo valor atribuído à singularidade do *pathos* individual e intervenção sobre ela, o indivíduo torna-se o objeto de ciência. Este é o desenho da clínica moderna que foi transportado para a Psicanálise e Psicologia (BEZERRA JUNIOR, 2002).

Ortega acrescenta que a psychologização das relações transformou todas as categorias políticas em psicológicas, esvaziando o campo de movimentos e encontros públicos, movimento que representa a passagem de uma sociedade na qual

o indivíduo se encontrava imerso em uma rede de solidariedades coletivas, feudais e comunitárias, em um mundo sem distinção entre público e

---

7 Característica do modelo clínico psicológico atual, surgido no século XVIII.

privado, para uma sociedade que separa público e privado e na qual a família monopoliza a esfera privada (2003 p.61).

Para Henz,

como resistir a essa forma-homem? Com essa pergunta Gilles Deleuze vai dizer uma coisa que é curiosa; Deleuze diz: “Resistir significa extrair desse homem as forças de uma vida mais afirmativa”. E o que ele está dizendo com isso é mais ou menos o seguinte: A forma homem aprisionou a vida e então seria preciso livrar-se do homem para liberar a vida. Isso não quer dizer matar os homens concretamente, mas desfazer-se da forma-homem, essa formatação que pesa sobre os homens (informação verbal)<sup>8</sup>.

A descrença no melhoramento da humanidade, a ausência de esperança e lamúria do insucesso do homem e do investimento no mundo interior anunciam o “cansaço da aposta na “interioridade recôndita”, do exílio psicológico dentro de si. Ocaso do humanismo, da interioridade, da forma-homem (informação verbal)<sup>9</sup>”. Em coexistência constata-se a emergência do terceiro movimento niilista, o *passivo*, iniciado no século passado e vigente no início do atual.

Apenas um homem cansado, quando já não encontra apoio nessas crenças ou instâncias, torna-se niilista num sentido que Nietzsche denomina de passivo, ou seja, aquele que fica paralisado ao perceber que o mundo tal como ele é *não* deveria ser, e o mundo tal que ele deveria ser não existe, e que, portanto, não faz sentido agir, sofrer, querer, sentir, em suma – tudo é em vão. É esse *pathos* niilista que Nietzsche trata de dissecar e combater, mas também, ao acompanhar sua incoseqüência, perceber nele o ponto em que ele poderia revirar-se em seu avesso (PELBART, 2006, p.10).

No contemporâneo uma subjetividade dissipada e superficial se desenha no cenário da passividade niilista gerado pela desesperança, descrença e cansaço, com a vida reduzida ao seu mínimo biológico, enclausurada pelo mercado capitalista (HENZ, 2007).

No niilismo passivo tendemos a uma subjetividade externalizada, superficial, rendida e adoecida. Passividade, quando a ação é desinvestida. Henz (2007), em ressonância à perspectiva nietzschiana, sugere que paradoxalmente isso pode ser o início de uma nova saúde.

---

8 vide n.5

9 vide n.5

O autor informa que, no século XXI, o momento *passivo*<sup>10</sup> do niilismo aumenta sua força, os fundamentos do humanismo se enfraquecem e nasce uma nova aposta - o corpo como auto-referência, sem unidade, sem um “eu”. As referências passam a ser traços biológicos, dados, cifras ligadas ao organismo e ao registro biológico. Está em ocaso a noção de “indivíduo” nascida no século XVIII e inscrita no niilismo reativo. O sujeito passa a ser “divíduo”, dividido em índices, medidas ou dados biológicos.

A Biologia, no final do século XX e início do XXI, é o que a Física foi ao início do século XX, isto é, a grande produtora de modelos e metáforas que vão organizando a maneira de pensar, sentir e fazer, demonstrando a aguda divinização da ciência, a intensificação da fé em sua verdade (HENZ, 2007, p.36).

Henz (2007) assinala que possibilidades para a travessia do niilismo *passivo* ao niilismo *ativo* se fazem presentes. A espessura interna da forma-homem se adelgaça. Surgem sinais anunciando o prelúdio de novas configurações da subjetividade no contemporâneo. Trata-se de dois modelos subjetivos contrastantes e coexistentes: o da interioridade (o sujeito íntimo, em declínio) e o do corpo e visibilidade (o sujeito corporal, em plena ascensão). Outra crença, outra fé se impõe.

Assim, na atualidade, percebe-se um deslocamento daquele *locus* outrora privilegiado de experimentação da vida subjetiva (a interioridade), bem como a emergência de modos de subjetivação mais afinados com o mundo contemporâneo e com a sua ênfase na eficácia tecno-lógica: subjetividades cada vez mais ancoradas na visibilidade e na exterioridade do corpo, na leveza da imagem, na superfície do que se vê, na espetacularização do eu com recursos performáticos e no imediatismo das sensações [...] O corpo torna-se um objeto de *design*, numa espetacularização do eu com recursos performáticos (SIBILIA, 2007, p.1).

### 3.4 Niilismos passivo e ativo: poder, sujeitos da interioridade e do “si-corpo”

Várias características contemporâneas coexistem e se atravessam no cenário da possível travessia do niilismo *passivo* ao *ativo*, marcando intensamente

---

10 Para Pelbart (2006) no niilismo passivo há de se destruir, não pelo “ódio do malogrado, do veneno do ressentido, do impulso reativo de uma aspiração negativista, mas como consequência necessária de uma vontade afirmativa”, vontade de potência e afirmatividade daquele que quer viver (p.16).

os processos atuais de subjetivação. Os autores apresentam argumentos ora marcados pela lógica do niilismo *reativo* e *passivo*, ora sinalizando para possíveis afirmatividades, vontade de potência no sentido nietzschiano, à busca do niilismo *ativo*<sup>11</sup>. Essas lógicas coexistem em articulações conflitantes num mesmo discurso.

Na análise da incidência das novas formas de poder sobre a vida<sup>12</sup>, Michel Foucault propôs os conceitos de biopoder e biopolítica. Passos e Benevides (2001) assinalam que o filósofo traz o tema da vida à posição de destaque, “pois o paradoxo no contemporâneo parece que se realiza agora, colocando a vida ao mesmo tempo como ponto de incidência do exercício do poder e ponto de resistência” (p.94).

Nesse trabalho Foucault aponta a microfísica do poder em diferentes regimes ao longo da história na relação direta com a vida e discute a distinção entre os regimes de poder que ele designa como “disciplinar” e, “de controle” que compõem a trama contemporânea (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

Foucault localiza na passagem do século XVIII para o século XIX a formação da sociedade disciplinar atrelada à reforma do sistema penitenciário e judiciário. Essa reforma parece não só uma redefinição do ato infrator, entendido agora como transgressão à lei civil (e não mais infração a uma lei natural, religiosa ou moral), como também redefine o criminoso como inimigo social ou como aquele que teria rompido o pacto social. Fica evidente a mudança da legislação penal que se desvia do tema da utilidade social para o ajustamento dos indivíduos (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

[A sociedade disciplinar] é um modo de organização social que tem como linhas de apoio a invenção de um mundo calcado no pensamento/discurso do Iluminismo, a introdução do capitalismo fabril e a organização e gestão do Estado pela classe burguesa. Seu sustentáculo principal é a maneira bastante específica de conceber e produzir os corpos e as subjetividades. [...] É assim que o poder disciplinar inaugura a sociedade da norma, do normal, do padrão, do comportamento que opera em função do modelo - um controle que se dá e se interioriza nas pessoas em função daquilo que elas deveriam ser. Nas escolas e nas fábricas, nos manicômios, o tempo ideal, as atitudes “normais”, os comportamentos-padrão, as “boas” *performances* serão observados, comparados, medidos e descritos, servindo de

---

11 A partir de um pensamento para além do bem/mal, evadir-se da lógica da oposição e conectar-se com as positivities que ampliam a potência vital (PELBART, 2006, 2008).

12 O conceito de “vida” aqui discutido se alinha ao apresentado por Bezerra Junior (2007a, p.42). “Vida abarca um universo extenso que inclui os fenômenos de regulação biológicos, o campo da intencionalidade mental e física da unidade psicossomática e o domínio da experiência compartilhada na cultura”

parâmetro de classificação entre as pessoas. (MORAES; NASCIMENTO, 2002, p. 92, grifo dos autores).

Deleuze (1992) caracteriza a sociedade disciplinar como espaços sociais recortados e rígidos, nos quais suas instituições exercem o poder de moldagem de corpos e comportamentos. O capitalismo disciplinar é de concentração, voltado à produção e à propriedade e a fábrica como meio de confinamento.

O autor informa, ainda, que as sociedades disciplinares possuem dois pólos: a assinatura que indica o indivíduo e o número de matrícula que indica sua posição numa massa. Não existe nesse momento incompatibilidade entre esses aspectos, sinal da ação do poder massificante e individuante, ou seja, constitui num corpo único aqueles sobre os quais se exerce e molda a individualidade de cada membro do corpo.

Em suma, podemos observar que a disciplina é uma técnica de poder que se exerce ininterruptamente sobre os corpos das pessoas, individualizando-os, intervindo diretamente no treinamento e uso de suas forças. Assim, cria-se o indivíduo inserido em um espaço já previamente recortado e analisado, incidindo sobre ele experiências, utilizações e controle do seu tempo, e impondo-se-lhe uma vigilância incisiva e ininterrupta. Portanto, é com uma determinada experiência do espaço e do tempo que se afirma, em parte, a disciplina (MORAES; NASCIMENTO, 2002, p. 93).

O apogeu da sociedade disciplinar se deu após a 2ª Guerra Mundial, quando as instituições disciplinares se espalharam por todos os países do planeta, tornando-se os principais instrumentos de controle social e modernização. Em todo o mundo a disciplina passa a ser o modelo de funcionamento geral da sociedade e a produção de indivíduos em série, o padrão e a norma de produção de subjetividade. Na área da saúde reina a lógica hospitalocêntrica e manicomial (MORAES; NASCIMENTO, 2002).

Outra característica do regime disciplinar são as constantes experiências de crise marcadas pela lógica da oposição, da contradição bipolar e divisão maniqueísta bem x mal, natural x artificial, certo x errado, interior x exterior.

Não tardou e movimentos de resistência também se tornaram mundiais numa intensa recusa da hegemonia cultural disciplinar do ocidente: a contracultura dos *hippies*, movimentos de expressão e liberdade reclamando o reconhecimento de suas especificidades como o fundamentalismo religioso no Oriente Médio,

movimentos raciais na África e Estados Unidos, liberdade sexual nos países centrais europeus, reforma psiquiátrica e liberdade pedagógica. Tais aspectos colocam a sociedade disciplinar em crise (MORAES; NASCIMENTO, 2002).

Como argumenta Deleuze (1992), foi no movimento de recusa ao poder disciplinar que transformações importantes ocorreram nas instituições disciplinares. A multidão recusa as normas das instituições, forçando uma permeabilização de seus muros. As identidades fixas e patologizadas são recusadas e os movimentos de reforma abrangem o Estado, a família, a escola, os hospitais, o trabalho e as cidades. O controle social já não pode operar apenas pela norma. É importante a criação de outros mecanismos eficazes de comando, que consigam ser eficientes, econômicos e apropriados ao movimento de transformação imposto pela multidão (p.94).

Ocorre nesse período de reação à sociedade disciplinar uma grande produção de desejo e vida, mas o poder, o comando aprendeu a controlá-los e um papel importante, nesse aspecto, foi exercido pela mídia. Novas formas de ser são criadas pela sociedade e o poder passa a transformá-las, estratégica e lucrativamente, em imagens de consumo, identificação e referência. O marketing é agora o instrumento de controle social (DELEUZE, 1992; MORAES; NASCIMENTO, 2002).

Essas novas formas de controle passam a agir de forma diferente: não mais limitam, proíbem, punem ou patologizam. O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, funcionando por sedução, interesse, curiosidade, através da lógica do prazer incessante e incontrolável do consumo e da aquisição. É o prelúdio da “sociedade de controle”.

Nesse período, a lógica é outra. Não se organiza em torno de um conflito central e sim em uma rede flexível de “microconflitualidades” (microcrises pulverizadas em todos os espaços) ou da “oni-crise”, como assinala Hardt (2000), para quem a sociedade mundial do controle só funciona esfacelando-se.

A imagem do trabalhador desejado não é mais o especializado e disciplinado. Os perfis passam a ser múltiplos, variáveis, flexíveis e ondulatórios, capazes de operar transformações e acompanhar o fluxo acelerado e incessante de produção atual (DELEUZE, 1992; MORAES; NASCIMENTO, 2002).

O homem não é mais o homem confinado, como na disciplina, mas o homem endividado, ávido por aceleração, desempenho e consumo na busca incessante por objetivos fluidos e deslizantes que dispersam e reconfiguram-se.

Hoje, esses espaços se sobrepõem e interpõem. A família se modifica, a escola colapsa, o manicômio vira hospital-dia, a fábrica se pulveriza e os cuidados em saúde adentram o domicílio. O trabalho, a escola, os assuntos pessoais estão em vários ambientes ao mesmo tempo (no escritório, em casa, no meio de locomoção, no celular).

Espaços abertos e moduláveis, antigas fronteiras institucionais diluídas, como que num fluxo deslizante quando podemos circular livremente e o fazemos, só que sob o olhar atento de câmeras, monitorados e rastreados por recursos tecnológicos diversos em casa, no trabalho, no trânsito, nos estudos, na vida econômico-financeira. Pelbart diz que somos “prisoneiros a céu aberto”, tempos da “sociedade de controle” (2000, p.29).

Se a sociedade disciplinar funciona em espaços fechados em contraposição a espaços exteriores e abertos, onde o público e o privado tinham fronteiras claras, a sociedade de controle suprime a dialética fechado-aberto, é inclusiva e nada exclui. “A economia globalizada constituiria o ápice dessa tendência inclusiva em que se abole qualquer enclave ou exterioridade [...]. O planeta inteiro é seu domínio, nada fica de fora” (PELBART, 2000, p.30).

Deleuze (1992) vê na sociedade de controle características como o deslizamento que se faz entre os setores da vida, não existindo mais fronteiras institucionais e reconfigurações do considerado como público e privado, pois o controle está em todos os lugares<sup>13</sup>. A aceleração constante, a não-filiação<sup>14</sup>, o individualismo-dividualismo anunciam a nova sedimentação do desenho subjetivo atual: o sujeito corporal.

---

13 Somos constantemente “convidados” à exposição de dados pessoais e da vida privada. Alguns exemplos são encontrados na internet em sites como o *Lattes*, comunidades de relacionamento como o *Orkut*, *Blogs* ou o fetiche midiático como os *reality-shows*. O controle se faz incessante, pelo telefone celular, rádio, GPS, pagers e sistemas de informatização bancários, pelos quais somos localizados e identificados. Nossa suposta vida info-privada é vasculhada por *spywares* ou programas de espionagem, que invadem o computador pessoal e colhem dados que denunciam nossas escolhas, nossos perfis.

14 Pelbart (2006) afirma que o regime disciplinar com sua lógica rígida da filiação pode propiciar uma sociabilidade envenenada e refere que precisamos distinguir entre “solidão positiva”, que consiste em resistir a um socialitarismo despótico, que Deleuze denomina de “a mais povoada do mundo”, que favorece a potência vital, e “solidão negativa” socialmente produzida, onde caímos num buraco negro do nosso “eu” e nos alojamos em nossos sentimentos.



Essa nova forma, mais hegemônica, ancora-se no intenso desenvolvimento tecnológico que escaneia o corpo, com as funções e disfunções neuroquímicas e sinais corporais considerados os novos referenciais da verdade e de cura legitimados pela ciência. Estamos numa grande vitrine, na cultura das imagens e da visibilidade.

Sibilia (2004) informa que a medicina, nas sociedades ocidentais, tem se configurado como um poderoso complexo de saberes e poderes que investem nos corpos e populações, a partir dos séculos XVIII e XIX.

Atualmente, essas marcas se difundem com os investimentos do mercado e da tecnociência, constituindo o movimento crescente de medicalização e biologização das ciências da vida. Desses saberes emanam metáforas, suscitando várias reações e efeitos em vários segmentos sócio-culturais produzindo modos de ser e modelando corpos.

Para Deleuze “não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam liberações e sujeições” e que “não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas” (1992, p.220). Nesse cenário, a que concepção de saúde servem os psicólogos?

### **3.5 Bioascese: as práticas do “si-corpo”**

Que subjetividades emergem neste contexto? Que “formas de si” são produzidas e produtoras de um “si”? A lógica do capital, em suas modulações atuais, se expressa não apenas pela exploração do trabalho, mas, sobretudo, pelo exercício de exploração da vida<sup>15</sup>, determinando maneiras de pensar, agir, sentir, significar, relacionar, amar (PASSOS; BENEVIDES, 2004).

Vários autores utilizam o termo “bioidentidade” para designar os processos de produção de subjetividade no contemporâneo. A interioridade, o denso tecido interno de crenças, desejos e afetos ou filiação ético-política não são a base desse processo e, sim, ideais ligados à natureza do organismo ditados pela cultura

---

15 Na sociedade de controle o investimento do poder é no domínio da vida. Nietzsche afirma que a vida é o valor maior. Passos e Benevides (2001) sugerem que, ao poder *sobre* a vida, invistamos no biopoder, no poder *da* vida e busquemos as biopolíticas, ou, práticas de liberdade e afirmações da potência da vida.

científica que privilegia a neuroquímica do cérebro (BEZERRA JUNIOR, 2002; HENZ, 2007a; ORTEGA, 2003, 2008; PELBART, 2008; SIBILIA, 2007)<sup>16</sup>.

Sibilia (2007) afirma que atravessamos uma crise da interioridade psicológica. Simultaneamente às fortes transformações econômicas, sociais, políticas e tecnológicas das últimas décadas, parecem ganhar cada vez mais relevância alguns elementos contrários à primazia de uma vida interior.

Fatores como a visibilidade, as aparências, os sinais externos, as formas e as marcas corporais modelam, cada vez com mais força, a definição da identidade dos sujeitos, “ofuscando paulatinamente aquele espaço “interno” alojado nas profundezas da alma humana” (p.1).

Cada vez mais, a subjetividade é estruturada em torno do corpo, que se torna mais um objeto de design epidérmico do que um suporte para um “espaço interior” que deve ser auscultado por meio de complexas técnicas introspectivas. Na cultura da visibilidade e do espetáculo generalizado, os sentidos profundos e os fundamentos sucumbem diante do império da imagem e dos efeitos instantâneos (SIBILIA, 2007, p.8).

A autora acrescenta:

Acompanhando as fortes mudanças que estão ocorrendo em todos os âmbitos – compassadas pela aceleração, a virtualização, a globalização e a digitalização – também estaríamos atravessando importantes mutações na definição da subjetividade contemporânea. Essas transformações revelam certo declínio daquela esfera interior que costumava definir o *homo psychologicus*, em proveito de outras construções identitárias baseadas em novos regimes de constituição das imagens do corpo e do eu (p.8).

“Biossociabilidade<sup>17</sup>” é o termo corrente para expressar a forma de estruturação de relacionamentos na atualidade (BEZERRA JUNIOR, 2002; HENZ, 2007; ORTEGA, 2003, 2008; PELBART, 2008; SIBILIA, 2007).

Pelbart é enfático: a redução de *bios*, vida admirável, a *zoo*, vida animal, a existência reduzida ao seu mínimo biológico, se dá, quando “o campo de concentração se torna o paradigma político de nossa era” (2008, p.1).

---

16 Pelbart (2006) destaca que pode surgir da cultura do corpo e da visibilidade, da manipulação genética outra forma de manifestação da potência vital. Recorda as afirmações de Nietzsche que, no mais profundo pessimismo, paradoxalmente, habitam possibilidades de aberturas a novas formas de vida, à grande saúde, aumento de força. Não se trata de otimismo ou de esperança (olhares marcados pela reatividade niilista) e, sim de, por meio da crítica e ação de recusa ao pessimismo, investir na intensificação de potência, na afirmação da vida, no “bios”.

17 O termo “biossociabilidade” foi sugerido por Paul Rabinow, no início da década de 1990, em seu livro intitulado *Antropologia da Razão*.

O autor chama a atenção para o que considera “uma nova relação entre poder e vida”, uma trama complexa quando o poder penetrou as esferas da existência de forma ondulante, acentrado e rizomático, incidindo sobre maneiras de perceber, sentir, amar, pensar, tomando de assalto a vida.

O poder atualmente “não se exerce desde fora, nem de cima, mas como que por dentro, pilotando nossa vitalidade social de cabo a rabo [...] não visa barrar a vida, mas tende a encarregar-se dela, intensificá-la, otimizá-la [...] Nunca o poder chegou tão longe no cerne da subjetividade e da própria vida ...” (p.1).

Não se trata de um poder exercido pela repressão ou mesmo transcendente. Derrama-se no tecido sociocultural, atravessando todas as esferas da existência, “desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo, até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo isso foi violado, colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes” (p.1).

Estamos falando da modalidade contemporânea de poder: o biopoder. Este reduz a vida à sobrevivência biológica, “produz sobreviventes [...] produz sobrevivência [...] à vida sem forma [...] à vida nua” (p.2). Assim, se em outras modalidades de poder a coerção é a estratégia de controle, o biopoder passa a funcionar na base da incitação, do reforço, da motivação e da vigilância, adaptando-se às democracias ocidentais, “à sociedade de consumo, ao hedonismo de massa, à medicalização da existência, à manipulação das biociências, em suma, a abordagem biológica da vida numa escala ampliada” (p.4).

O foco do sujeito deslocou-se da intimidade psíquica para o próprio corpo. Cuidar de “si” significa cuidar do corpo, sua saúde, sua longevidade, adequá-lo às normas científicas da saúde bem como às normas da cultura do espetáculo, da perfectibilidade física. “O fato é que abraçamos voluntariamente a tirania da corporeidade perfeita” (p.4).

Costa, citado por Pelbart (2006), acrescenta que o culto ao corpo, com possibilidades de transformações estéticas via próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas, está a serviço do “eu” que deseja ser desejado pelo outro, mediante alterações da imagem corporal.

Ao conjunto de estratégias para os “cuidados a si” Ortega (2003) chama “ascese”. Ao longo da história desenhos ascéticos sedimentaram várias formas de subjetivação.

Ortega (2008) indica que a ascese implica um processo de subjetivação, constituindo o deslocamento de um tipo de subjetividade para outro tipo, a ser atingido pela prática ascética.

O autor informa que, para as diversas escolas filosóficas da Antiguidade, as práticas ascéticas eram “práticas de si”, que visavam à virtualização do corpo e da alma, à transcendência espiritual.

Foucault define “práticas de si” como

esquemas que o indivíduo encontra na sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos e impostos pela sua cultura, sua sociedade e seu grupo social [...] A ênfase é dada, então, às formas de relação consigo, aos procedimentos e às técnicas pelas quais são elaboradas, aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto por conhecer e às práticas que permitam transformar seu próprio modo de ser (*apud* ORTEGA 2008, p.19).

Foucault afirma, ainda, que para o pensamento grego clássico, “o ascético, que permite constituir-se como sujeito moral faz parte integral, até na sua forma mesma, do exercício de uma vida virtuosa que é a vida do homem “livre” no sentido pleno, positivo e político do termo [...]” (*apud* ORTEGA, 2008, p.23).

As práticas ascéticas constituíam exercícios de liberdade no sentido político e moral, práticas de liberdade. Cuidar de si era uma forma de cuidar das relações sociais, pois a noção do “si” não se constituía como oposta à atividade cívica, política, econômica, familiar e, sim, complementar. Ser alguém significava fazer parte do todo, numa relação de reciprocidade.

Se as práticas ascéticas da Antiguidade visavam à liberdade da vontade, nas modernas bioasceses, a vontade não está a serviço da liberdade; é uma vontade ressentida, serva da ciência, da causalidade, da previsão e da necessidade, que constrange a liberdade de criação e anula a espontaneidade. Ela está submetida à lógica da fabricação, do *homo faber*<sup>18</sup>, matriz das bioidentidades (p.46, grifo do autor).

A noção de biossociabilidade visa descrever e analisar as novas formas de sociabilidade contemporâneas levando em consideração duas âncoras: a interação do capital com as biotecnologias e a medicina.

Para Ortega,

---

18 Aquele que vive para produzir, trabalhar.

a biossociabilidade é uma forma apolítica, constituída por grupos de interesses privados não mais reunidos segundo critérios de agrupamentos tradicionais como raça, classe, estamento, orientação política [...] mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, entre outros [...] com base em regras higiênicas, regimes de ocupação do tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseadas no desempenho físico [...] com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc. Todo um vocabulário médico-fisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica, populariza-se e adquire uma conotação quase-moral (2008, p.30-31).

### 3.6 A medicalização da existência

Nesse contexto, outro conceito emerge: a medicalização da existência. Aguiar (2004) informa que por imperativo capitalista a medicina foi assumindo a função de regulação social que antes era exercida pela Igreja e pela lei. Vários problemas sociais passaram a ser entendidos como “doenças” e medicalizados.

As práticas médicas são como vetores constituintes de um diagrama de poder que atua na produção de subjetividades e, segundo a perspectiva foucaultiana, os indivíduos e seus corpos são constituídos a partir das práticas e discursos da medicina.

O poder da medicina não opera tanto pela violência ou coerção, mas sim como uma força que *produz* realidades criando determinadas práticas e discursos que engendram novas maneiras de os indivíduos entenderem, regularem e experimentarem seus corpos e sentimentos. O discurso médico induz indivíduos a adotarem determinadas formas de viver. [...] À medida que os discursos e práticas da medicina se difundem e penetram por todo o tecido social, os indivíduos e a sociedade vão sendo produzidos por eles, se moldando com o saber médico (AGUIAR, 2004, p.135, grifo do autor).

Estamos entrando na era da “*psicofarmacologia cosmética*” quando os medicamentos são usados para “esculpir personalidades” (p.108, grifo do autor), e citando Alain Ehrenberg, o autor acrescenta que “o presente é de uma sociedade composta em grande parte por indivíduos “*fármaco-humanos*” (p. 138, grifo do autor).

Para Sibilia (2004) um dos fenômenos atrelados a tais processos é o declínio da psicanálise tradicional, ligada ao paradigma da interioridade, em proveito

dos tratamentos ultra-rápidos e super-efetivos baseados na ingestão de psicofármacos, com efeitos imediatos na eliminação de sintomas.

Assim, os critérios descritos passam a constituir as identidades de “si”, as bioidentidades.

O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censurador do outro, o que leva à introjeção da retórica do risco, resultando na constituição de um indivíduo responsável, que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o afastamento dos riscos (SIBILIA, 2004, p.33).

Surge um novo vocabulário em que termos médicos que dizem respeito a cifras e constantes biológicas, alterações anatômicas e fisiológicas passam a fazer parte da linguagem comum e fornecem critérios para a descrição dos indivíduos.

O processo de somatização da subjetividade coloca novos desafios e novas questões em vários planos inter-relacionados: em primeiro lugar, no nível *epistemológico*, com a aparição de um vocabulário fisicalista-reducionista na descrição de crenças, sentimentos, desejos, volições, ou com o papel dos dualismos tradicionais (corpo-alma, interioridade-exterioridade, mente-cérebro), os quais se tornam supérfluos em uma concepção em que o corpo e o *self* se identificam; segundo o nível clínico, com o surgimento de toda uma série de distúrbios de conduta baseados em disfunções orgânicas ou psicológicas, como bulimias, anorexias, síndromes de pânico, depressões distímicas, drogadições, adições sexuais e consumistas, entre outros, devido à criação de novos critérios de mérito e reconhecimento fundados em regras higiênicas e no desempenho (p.48, grifo do autor).

Bezerra Junior assinala que essa “espetacularização da saúde” é sintoma de

crescente presença de uma subjetividade exteriormente centrada, avessa à experiência de conflito interno, esvaziada em sua dimensão privada idiossincrática e mergulhada em uma cultura cientificista que privilegia a neuroquímica do cérebro em detrimento de crenças, desejos e afetos (2002, p.237)

Nota-se em vários setores da vida a crescente incorporação dos vocabulários fisicalistas na descrição dos sentimentos e dos afetos e a força persuasiva do cientificismo médico. A incidência das práticas de autovigilância fisiológica e ideais de performance física à busca de uma imagem saudável, demonstra o imperativo de apresentar-se

como sujeito independente, responsável, confiável, dotado de vontade e auto-estima. Recusar esse imperativo ou simplesmente deixar de privilegiá-lo em relação a outros é expor-se à reprovação moral e ao sentimento de desvio, insuficiência pessoal ou fracasso existencial [...] O que interessa sublinhar aqui é o impacto dessas regras sobre novas técnicas de si, jogos de verdade inéditos, regras recentes de construção das narrativas do eu que organizam uma subjetividade ancorada, ao contrário da subjetividade intimista do *homo psychologicus*, na exterioridade visível da imagem corporal e no escrutínio e fruição das sensações físicas (BEZERRA JUNIOR, 2002, p.234).

A ideologia da saúde e da perfeição corporal, em sua virulenta impregnação, faz-nos acreditar que uma saúde instável deriva da falha de caráter, fraqueza e falta de vontade. Aqueles que adoecem são os fracos de vontade, inconseqüentes que contrariam o ideal, o correto. Passam a ser alvos legítimos da repulsa moral e merecem padecer. A terapêutica é a medicalização em seu grande espectro de opções (ORTEGA, 2008).

O ocaso do “eu” e as novas chaves de pensamento orientam sistemas de crenças e sentidos, modos de viver e de relacionamentos baseados no culto ao corpo, à visibilidade e busca da saúde “perfeita”. A leitura desse momento depende da lógica niilista inscrita nos olhares. Pode-se demonizar o momento atual e lamentar nostalgicamente um passado supostamente melhor (*reatividade* e/ou *passividade*), bem como insistir e investir no olhar à busca de manifestações da vida admirável (*niilismo ativo*).

### 3.7 A Noção de “Risco”: o autogerenciamento

A cultura somática produz subjetividades numa atmosfera de ambigüidade, incerteza e medo contínuo provocado pela cultura do risco. Alerta Bezerra Junior (2002) que a noção de risco vem ganhando importância e trata-se de exigir do sujeito a manutenção do corpo/existência livre de riscos mediante critérios reducionistas, fisicalistas e corporais.

No discurso da nova medicina existe grande fartura de termos como propensão, probabilidades, riscos e tendências, alimentando o conceito de

“prevenção de riscos”<sup>19</sup> para evitar o processo de adoecimento e seduzir os sujeitos corporais ao consumo de ideais do pensamento hegemônico.

O repertório cultural moderno oferece ao sujeito a liberdade de escolha, já que está livre dos constrangimentos e repertórios tradicionais. Ideologias, identidade, padrão moral de conduta e família tiveram sua legitimidade questionada. Livre para decidir, sem redes sociais de segurança. Surgem indivíduos reativos<sup>20</sup>, adaptados, desconfiados do mundo e melindrosos, inseguros de si, insensíveis ao outro e ao mundo (BEZERRA JUNIOR, 2002; ORTEGA, 2008).

O sujeito fica à mercê de si mesmo, gestor de si, prisioneiro do que Coimbra e Leitão chamam de “meritocracia, quando tudo depende da capacidade e da eficiência individual” (2003, p.12), não contando com alianças psico-socioculturais de sustentação.

Conforme Ortega (2008), atualmente o discurso do risco adquire status de elemento estruturante na biossociabilidade, sendo reproduzido intensamente. Passa a representar o “parâmetro existencial fundamental da vida nas nossas sociedades” (p.60), cuja retórica visa à sedimentação de estilos de vida voltados ao culto à saúde e à formação de sujeitos responsáveis.

Os critérios de agrupamento tradicional foram deslocados para o corpo: saúde, performances corporais, tipos específicos de doenças tornam-se, doravante, organizadores da vida social e subjetiva. O investimento no corpo é uma resposta à desagregação dos laços sociais, ao afastamento do outro e à perda de valores e significados coletivos que estruturavam o mundo simbólico dos indivíduos. A contingência e perda das âncoras tradicionais para o *self* criam um sentimento de insegurança que levam à procura da realidade na marca corporal [...] O desarraigamento social e a ausência de vínculos simbólicos e rituais coletivos conduzem o indivíduo a se retrair sobre si e fazer de seu corpo um universo em miniatura, uma verdade sobre si e um sentimento de realidade, que a sociedade não consegue mais lhe oferecer (p.60-61)<sup>21</sup>.

---

19 Conforme Benilton Bezerra (2006), mais até que “prevenção”. O conceito tem sentido de “predição, profecia, vaticínio”.

20 Características da justaposição dos niilismos reativo e passivo, na sociedade de controle.

21 Esse argumento sugere outra configuração de impessoalidade vivida quando o sujeito tem seus laços com o social fragilizados pela proposta cultural e sem a interioridade para se refugiar, vagando num outro lugar, o da incerteza. Novo lugar onde habita, segundo Pelbart (2006), o pessimismo e a descrença da passividade e o germe da afirmatividade.



O corpo passa a ser referência de si, tornando os sujeitos “condenados da aparência” (p.61). No corpo busca-se a confirmação e uma verdade que o social não nos oferece e qualquer mal-estar é percebido como disfunção, um desvio que deve ser eliminado via medicalização do problema<sup>22</sup>.

### 3.8 Biotecnologias

Outro fio da complexa trama do tecido social atual é o das biotecnologias e seus impactos na produção de subjetividades.

O cenário da sociedade de controle e biotecnologias, no qual a aplicação e desenvolvimento tecnológico associado ao vertiginoso avanço da biologia, mais especificamente das neurociências, segundo Bezerra Junior (2006), vem mudando o mundo em que vivemos.

O avanço das concepções biológicas da mente encontrou, além do mais, um terreno particularmente fértil: uma atmosfera social marcada pelo prestígio incontestado do discurso científico ante os demais campos discursivos pelo aparecimento de uma cultura somática em que o corpo ocupa lugar central em detrimento da interioridade psicológica; por um individualismo calcado no consumo e na gestão metódica do desempenho pessoal; pelo enfraquecimento da política e da ação crítica; pelo aparecimento de uma atmosfera social de incitação ao bem-estar e de intolerância ao sofrimento; pela emergência de um regime de construção identitária fundada em predicados e em funções biológicas (biossociabilidade) e, finalmente, pela revolução no campo das informações, que possibilitou um intenso processo de popularização pela mídia de imagens e informações oriundas das descobertas neurocientíficas, associando a atividade cerebral a praticamente todos os aspectos da vida, e tendendo a transformar qualquer correlato neural em causa ou natureza real de eventos subjetivos (BEZERRA JUNIOR, 2006, p.52-53).

Surge um estremecimento de premissas e fundamentos inerentes ao nosso entendimento do que sejam a vida, a natureza e a condição humana<sup>23</sup>.

---

22 Estamos ultrapassando a antiga dicotomia ser x parecer? Podemos pensar esse ponto como um sinal reativo ao reino da interioridade.

23 Rabinow (2002) comenta o Projeto Genoma como uma das várias articulações do biopoder onde corpo e população estão sendo rearticulados na sociedade de controle. Como projeto técnico-científico um dos seus sentidos é o de conhecer o Genoma Humano de tal forma que possa ser transformado. Temos aqui um ícone do interesse e ação do poder sobre a vida. Esta deixou de ser natural, podendo ser reproduzida tecnologicamente. A “caixa-preta” da vida está sendo desvendada e a natureza será modelada pela cultura. O autor assinala, ainda, que o momento pode ser positivado. Cita o aparecimento da bioética e da ética

No cenário social da atualidade a biologia foi erguida à condição de ciência paradigmática. Bezerra Junior (2006) informa que esse movimento se dá em dois aspectos: de um lado, a biologia tornou-se a ciência do homem em sua totalidade com o grande avanço dos estudos do cérebro e o surgimento da nova biologia da mente que deixou de lado os limites do neurológico e do neuroquímico para

se transformar explicitamente em ciências da vida social: emoções, crenças religiosas, aprendizagem, compaixão, violência social, decisões econômicas, julgamentos morais e políticos, preferências estéticas e sexuais, motivações inconscientes. Tudo parece encontrar sua chave de elucidação no vocabulário biológico – transformado em vocabulário final e, para ele, todos os demais devem ser vertidos. Termos como neuroteologia, neuroeducação, neurofilosofia, neuroeconomia, neuropsicanálise, neuropolítica, neuroética, etc., entram rapidamente na linguagem cotidiana, testemunhando a força do paradigma biológico na descrição e na elucidação da dinâmica da vida em sociedade [...] a nova biologia põe num mesmo plano, e sob seu domínio, o cerebral, o mental e o social (p.50).

Com o avanço dos estudos genéticos o segredo da vida tornou-se conhecido e aberto à intervenção humana. O mistério que ficava a cargo das filosofias e religiões se transformou em objeto de investigações empíricas cujos resultados dão origem a biotecnologias que rapidamente são transformadas em bens e serviços veiculados pelo novo mercado da vida, rompendo limites ontológicos que em suas constituições não eram passíveis da ação humana (BEZERRA JUNIOR, 2006).

As biotecnociências abriram o espaço da caixa-preta da natureza, inscrevendo cada vez mais a cultura no coração da matéria viva e abrindo caminho para o aparecimento de um *homem pós-orgânico* e de uma era da *humanidade pós-biológica*, frutos de uma *evolução artificial* tecnologicamente dirigida (p.51, grifos do autor).

A manipulação genética deixa de pertencer ao mundo das ficções para fazer parte da vida, não mais sob a ameaça de manipulação estatal dos seres humanos, mas como oferecimento de bens e serviços à mercê da lógica totalitária do capitalismo global que passa a reger as práticas humanas. Composições

genéticas a serem consumidas pelo mercado, mais especificamente, por aqueles com condições de acesso (BEZERRA JUNIOR, 2006; SANTOS, 2006).

Tal cenário sugere a redefinição do que é normal ou patológico, saudável ou doença. Para Sibilia (2004),

trata-se, sem dúvida, de importantes redefinições de termos como *normal*, *saudável* e *doente*. Não é mais necessário localizar uma origem patológica para os sintomas: basta apenas conferir sua distância com relação ao padrão *normal* – que, por sua vez, é definido pelos caprichos da “mão invisível” do mercado (p.54, grifos da autora)<sup>24</sup>.

### 3.9 O pós-orgânico: acenos de um futuro-agora no niilismo contemporâneo

Paradoxalmente a vertiginosa busca pelo ideal de saúde, do corpo perfeito e do delineamento de um caminho ao pós-orgânico, o corpo possível, o corpo carnal passa a ser visto como algo ultrapassado, que precisa ser corrigido, em suas funções, em sua estética.

A nova medida científica é a “informação”. Tudo há de ser pensado em função de informações e suas possibilidades configurativas. O elemento (animal, vegetal, mineral, mecânico, digital), como um agenciamento de informações que podem ser conhecidas e reconfiguradas, abre possibilidades para outras linhas de evolução que não a darwinista.

É a informação contida no código genético ou no “software mental” dos sujeitos o que vale e o que deve ser preservado para salvar sua “essência”. Desse modo, o corpo é desprezado por ser impuro em um novo sentido. Na sua materialidade rígida e opaca, o organismo biológico revela-se finito, imperfeito e, por conseguinte, condenado às tiranias do *upgrade* constante. Alterar a programação para corrigir erros, eis o novo procedimento para a cura das doenças (SIBILIA, 2004, p.49)

Bezerra Junior (2007), Santos (2005) e Sibilia (2007), percebem um paradoxo; se, de um lado, a valorização do corpo é notória conforme o hedonismo programado, o culto à performance, os investimentos no aprimoramento da saúde orgânica, aspectos que denunciam a sacralização do corpo perfeito; de outro, a

<sup>24</sup> Estamos aprisionados e condenados pelo poder contemporâneo? Vários autores propõem que tomemos cuidados com a descrença passiva e possível paralisia, em favor de atitude ético-prospectiva, prática e ativa.

relação com o corpo possível, com limites, passa a ser rejeitado por “toda sua organicidade, adiposidade e viscosidade material” (SIBILIA, 2007).

Segundo os autores, viria daí o imperativo da pureza e do sacrifício que, “através das práticas bioascéticas (como dietas, musculação e cirurgias plásticas) e das tecnologias da digitalização da imagem” o sujeito corporal se esforça em se aproximar, o máximo possível, da imagem ideal, o corpo-imagem, produção da aliança do capital global e das tecnociências.

Sibilia (2007) chama esse projeto de “estético-asséptico-imagético”, à busca de uma imagem virtualizada e descarnada. A globalização do capital facilita e democratiza o acesso às técnicas de aprimoramento estético. Sibilia (2007) informa que, em meados do século XX, as mensagens publicitárias afirmavam que toda mulher *podia* ser bela. Hoje, mulheres e homens *devem* ser belos, magros e jovens. Vivemos, assim, uma tirania do padrão de beleza propulsionado pelo mercado e pela mídia.

A autora assinala, ainda, um fenômeno contemporâneo: a lipofobia, que legitima condenações morais sobre certas aparências e práticas corporais. Vide as representações sobre o obeso, sobre o sedentário, que são compreendidos como displicentes com a própria vida, maus gestores de si, inadequados, incompetentes para cumprir a performance exigida socialmente.

Neste contexto, o sujeito corporal tende a apelar para os recursos de correção estética, como a lipoaspiração ou a prática de atividades físicas para reparar suas culpas, resgatar o prestígio e aceitação social. Ortega (2008) complementa:

O *self* superficial, paranóico e melindroso tem uma única maneira de escapar da tirania da aparência: se igualando, se conformando à norma. Somente sendo idênticos à norma é que podemos nos esconder. A adaptação, a obediência e a identificação com a norma são o refúgio do eu que fez de sua aparência sua essência. Queremos ser iguais para nos protegermos, nos escondermos. Ou somos idênticos ou nos denunciemos (p.45).

Paradoxalmente, o contemporâneo pode ser positivado. Santos (2005) afirma que supor o humano como obsoleto é fechar uma possibilidade para construir na via que a tecnociência e o capital global querem colocar para nós. “Que tipo de transformações ainda poderiam ser atualizadas no humano? Partimos, portanto, do pressuposto de que não há obsolescência do humano” (p.165).

Aguiar (2004) afirma que não se deve ver nas novas tecnologias apenas dominação. É preciso apropriar-se da tecnologia no que ela pode trazer de abertura para novas possibilidades de vida.

É no confronto com os clones e ciborgues e outros híbridos tecnoculturais que a “humanidade” da subjetividade se vê questionada. Onde termina o humano e começa a máquina? A presença do ciborgue incita a pensar a natureza do humano. De um lado tem-se a mecanização e a tecnologização do humano e, de outro, a humanização e a subjetivação da máquina. Implantes, transplantes, enxertos, próteses, seres portadores de órgãos artificiais, seres geneticamente modificados, anabolizantes, vacinas, psicofármacos compõem o arsenal tecnológico já disponível para a produção de corpos e mentes (p.144).

O autor acrescenta que uma das características mais notáveis contemporâneas é “a interpenetração, o acoplamento entre humano e a máquina” numa indeterminação das fronteiras entre ciência e política, tecnologia e sociedade, natureza e cultura. “Não há mais nada que seja “puro”, a natureza pura, a ciência pura, o puramente social, puramente político e cultural” (p.144).

Podemos “captar a potência criadora que se libera, assumindo a responsabilidade sobre a sua construção e desconstrução” (p.145). Esse olhar sugere que o mundo pode ser construído o tempo todo por diversas forças em mutações contínuas.

Bezerra Junior (2006) alerta: tomemos cuidado com a tecnofobia. O autor, Aguiar (2004) e Santos (2005) afirmam ser necessário nos abirmos criticamente às movimentações do contemporâneo.

Há potencialmente, por assim dizer, uma dimensão libertária ou emancipatória na aplicação das biotecnologias de cunho genético. Há também, é evidente, desdobramentos assustadores a serem temidos, contudo é preciso contornar as descrições apocalípticas que só nos deixam atados para agir. O Armagedom ainda está longe. A chave da questão está na reflexão ética e política que acompanhará (ou não) a sua aplicação. A ciência nos diz muito sobre a realidade, entretanto, não nos ensina a lidar com ela (BEZERRA JUNIOR, 2006, p.54).

Pelbart (2003) considera que não devemos deixar-nos embalar por um determinismo tão apocalíptico e que podemos examinar as novas possibilidades de reversão vital que se anunciam, pois no niilismo ativo pode operar uma exteriorização da subjetividade, com confiança no mundo.

Pois nada do que foi evocado acima pode ser imposto unilateralmente de cima para baixo, já que essa subjetividade vampirizada, essas redes de sentido expropriadas, esses territórios de existência comercializados, essas formas de vida visadas não constituem uma massa inerte e passiva à mercê do capital, mas um conjunto vivo de estratégias (p.21).

Se o poder quer a vida, está na vida o vetor de afirmação e de valorização da existência. O autor, comentando a obra de Lazzarato<sup>25</sup>, assegura que a capacidade social de produzir o novo, de inventar está disseminada por toda parte, sem estar necessariamente subordinada aos ditames do capital. As forças vivas presentes na rede social não são apenas reservas passivas à mercê de um capital voraz. Elas mesmas são um capital.

Todos e qualquer um inventam, na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. A invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é potência do homem comum. Cada variação, por minúscula que seja, ao propagar-se e ser imitada, torna-se quantidade social, e assim pode ensejar novas invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação. Nessa economia afetiva, a subjetividade não é efeito ou superestrutura etérea, mas força viva, quantidade social, potência psíquica e política (p. 23).

O autor assinala que a potência de vida da multidão, sua inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laço, capacidade de invenção de novos desejos e novas crenças, de novas associações e novas formas de cooperação são cada vez mais a fonte de riqueza do próprio capitalismo.

Uma economia imaterial que produz, sobretudo, informação, imagens, serviços, não pode basear-se na força física, no trabalho mecânico, no automatismo burro, na solidão compartimentada. São requisitados dos trabalhadores sua inteligência, sua imaginação, sua criatividade (p.23).

A força de invenção é o capital que está no sujeito e potencializada na rede social, um corpo vital coletivo nos seus poderes de afetar e ser afetado, desenhando uma comunialidade expansiva e possibilidades de uma democracia biopolítica<sup>26</sup>. Ao seqüestro vital e formas de assujeitamento deve responder a afirmação, a potência da vida, biopotência.

---

25 LAZZARATO, Maurizio. **Puissances de l'invention**. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2002.

26 O autor informa que o termo “biopolítica” foi cunhado por Foucault para designar uma das modalidades de exercício do poder sobre a vida. Apresenta, entretanto, outra linha de entendimento do termo onde é

Negri afirma que,

ao lado do poder, há sempre a potência. Ao lado da dominação, há sempre insubordinação. E trata-se de cavar, de continuar a cavar, a partir do ponto mais baixo: este ponto [...] é simplesmente lá onde as pessoas sofrem, ali onde elas são as mais pobres e as mais exploradas; ali onde as linguagens e os sentidos estão mais separados de qualquer poder de ação e onde, no entanto, ele existe; pois tudo é a vida e não a morte (*apud* PELBART, 2003, p.27).

Pelbart, em ressonância às perspectivas nietzschianas, comenta duas possibilidades de futuro, negativa/passiva e positiva/afirmativa, simbolizadas respectivamente pelo último homem e pelo além-do-homem.

O último homem é aquele que, ao substituir Deus, permanece na reatividade, na ausência do sentido de valor, de anseio e criação, e que prefere, conforme o comentário de Deleuze, um nada de vontade a uma vontade de nada – por isso se entrega à extinção passiva. O além-do-homem, ao contrário, vê nessa derrocada de sentido e valor uma possibilidade, uma abertura, um estímulo (2006, p.21).

Rabinow (2002) cita que Donna Haraway e François Dagognet vêm presente hoje um potencial nietzschiano para nos livrarmos de algumas de nossas mentiras mais duradouras. Haraway argumenta que

assumir a responsabilidade pelas relações sociais significa recusar uma metafísica anticiência, uma denomologia da tecnologia, e portanto, significa abraçar a delicada tarefa de reconstruir os limites da vida cotidiana, em conexão parcial com outras, em comunicação com todas as partes (*apud* RABINOW, 2002, p.153).

Dagognet afirma que “a maleabilidade da natureza demonstra um “convite” ao artificial. A natureza é um *bricoleur* cego, uma lógica elementar de combinações, produzindo uma infinidade de diferenças potenciais” (*apud* RABINOW, 2002, p.153).

Rabinow (2002) complementa que, assim, a única atitude natural do homem seria facilitar, estimular, acelerar sua expansão: “variação temática e não

---

proposta uma inversão semântica, conceitual e política. A partir da noção de vida não mais como processos biológicos, e sim como inteligência, afeto, cooperação, desejo em sinergia coletiva, cooperação social e subjetiva, uma virtualidade molecular acontecendo na multidão. “Biopolítica não mais como poder *sobre* a vida, mas como a *potência da vida*” (p.25).

*rigor mortis*” (p.154). Dagognet nos lança um desafio: “ou caminhamos para uma espécie de veneração ante a imensidão “daquilo que é” ou aceitamos a possibilidade de manipulação” (*apud* RABINOW, 2002, p,154). Manipular também é busca de enriquecimento da vida e ampliação de liberdade.

Como dito no início, vários autores apresentam suas perspectivas da grande trama de múltiplos agenciamentos engendrando possibilidades configurativas dos processos de subjetivação no contemporâneo. Os argumentos apresentados neste capítulo se movimentam de forma pendular entre as constatações das forças de dominação e de possibilidades afirmativas da vida. Características do niilismo contemporâneo.



#### 4 DA REFORMA SANITÁRIA À ATENÇÃO DOMICILIAR

*Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.*  
(ONU, DECLARAÇÃO MUNDIAL DOS DIREITOS HUMANOS, artigo 25, §1).

Neste momento, apresentamos o percurso construído desde a reforma sanitária até a definição das políticas públicas sobre a atenção domiciliar, suas modalidades, a caracterização dos principais serviços e de dois importantes atores do contexto: a equipe de saúde e o cuidador.

Nas décadas de 1970 e 1980, vários acontecimentos movimentaram o cenário sociopolítico-econômico, estimulando importantes transformações na sociedade brasileira. O endividamento externo e o questionamento do regime autoritário incentivaram movimentos sociais de diversas ordens que reivindicavam melhores condições de vida (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 1998, 1999).

Na área da saúde, o insucesso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise da previdência social, o desemprego, altas taxas de mortalidade materno-infantil, o aumento das doenças infecto-contagiosas, entre outros, geraram grande mobilização social, que ficou conhecida como “reforma sanitária”, marcado por novas concepções do pensar e fazer saúde, com ênfase nos temas “humanização e universalização” da atenção à saúde<sup>27</sup> (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 1998, 1999).

Simultaneamente nos Estados Unidos e na Europa, crescia o predomínio dos discursos e práticas da psiquiatria biológica. Segundo Aguiar (2004), esse movimento foi exaltado por supostamente constituir-se como psiquiatria científica. Em contrapartida, começaram a surgir produções científicas preocupadas com os

---

<sup>27</sup> Habita aqui um paradoxo característico dos movimentos sociais do contemporâneo. De um lado, as nuances da “sociedade de controle” se mostrando, como ênfase na saúde, com viés de controle social e de melhoria dos cuidados. De outro, um movimento onde as disciplinas mantêm-se hierarquizadas, como um conjunto de “eus” privados, disciplinares e românticos.

efeitos reducionistas desta “psiquiatria científica” que parece acompanhar o crescimento do papel da indústria farmacêutica.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o espaço de problematização e redefinição de concepções consideradas mais amplas de saúde, vista como produto social<sup>28</sup> resultante da ação de diversos determinantes como lazer, escola, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, etc.

A saúde foi incluída na Constituição de 1988, no capítulo da Seguridade, artigo 196, como

um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco<sup>29</sup> de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p.4).

Em 19 de setembro de 1990 a Lei Federal nº 8.080 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS<sup>30</sup>), determinando

- Universalidade do atendimento;
- Equidade;
- Integralidade nas ações em saúde;
- Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- Fortalecimento da autonomia municipal na gerência;
- Descentralização da gestão administrativa;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Resolutividade e participação popular.

---

28 Discurso de mudança da lógica privada na clínica inscrita no regime disciplinar, para a do social (impessoal) na sociedade de controle.

29 Aguiar (2004) lembra que a noção de riscos, como categoria fundamental do funcionamento das novas estratégias de promoção de saúde, foi analisada por Robert Castel no livro *A gestão dos riscos*. Baseadas na medicina preventiva, essas estratégias passaram a antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis, como doenças, anomalias e comportamentos desviantes.

30 A estruturação do SUS apresenta características paradoxais e coexistentes como a vinculação administrativa nos níveis municipal, estadual e federal, delineando uma grande instituição e premissas como “humanização” (regime disciplinar) e, propostas de pulverização de discursos e ações em saúde por todo o território nacional e descentralização das estratégias de cuidado, do hospitalocentrismo às ações nos territórios das unidades básicas de saúde (sociedade do controle).

Foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) com a finalidade de aperfeiçoar a gerência do SUS, sugerindo rotinas, políticas e critérios para e entre os âmbitos municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990, CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 1998, 1999; FRANÇA; VIANA, 2006).

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde e agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo a Saúde da Família a política priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar esse nível de atenção e o Programa de Saúde da Família (PSF) a estratégia de ação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O nível secundário envolve serviços de média complexidade, ou seja, procedimentos ambulatoriais e hospitalares para diagnósticos e intervenções terapêuticas comuns às rotinas num hospital em pronto-atendimento ou em internações. O terciário se refere à oferta de procedimentos que envolvam alta tecnologia e alto custo, como diálise, tomografia, cirurgia cardiovascular, terapias específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A lei 8.080/90 regula as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado. A lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, capítulo VI (do subsistema de atendimento e internação domiciliar), artigo 19-1, estabelece no âmbito do SUS o atendimento e a internação domiciliar (BRASIL, 1990, 2002).

Em 26 de janeiro de 2006 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar e em 19 de outubro de 2006, a Portaria nº 2.529 institui a Internação Domiciliar no SUS definindo seus critérios de caracterização, composição e funcionamento técnico-administrativo.

Partindo da “integralidade” como conceito-chave do SUS e entendendo-o como compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro, Feuerwerker e Merhy (2008) afirmam que, no Brasil, ao menos dois tipos de estratégias vêm sendo implementadas: a que propõe a transformação do modelo tecnoassistencial por meio da implementação maciça da saúde da família e da ampliação da ênfase sobre a promoção de saúde, e a que toma como centro as

necessidades de saúde para a construção de linhas de cuidado que atravessem todos os níveis de atenção (básica, especializada, hospitalar e de urgência) e assegurem acesso e continuidade do cuidado.

Os autores assinalam, ainda, que problemas surgem na implementação dessas estratégias, como a dificuldade de articulação entre os vários níveis de atenção resultando na fragmentação dos cuidados, a reprodução da prática clínica de pronto-atendimento na atenção básica, sem que a oportunidade seja aproveitada para integrar os usuários em processos de acompanhamento estruturados.

Tudo isso acarreta uma descontinuidade da atenção, dificuldade de adesão por parte dos usuários e impacto limitado, especialmente no controle das doenças crônicas [...] persistindo os fenômenos da desresponsabilização em relação à saúde dos usuários como um todo e da perda da dimensão cuidadora dos atos de saúde. Dispositivos como acolhimento e estratégias de suposta democratização da gestão muitas vezes se burocratizam e perdem o sentido e a potência ao longo do tempo (p.181).

Assim, as políticas públicas em saúde atuais convergem para a atenção domiciliar como um recurso de ampliação dos cuidados em saúde, ocorrendo disparidade entre o discurso político e a implementação das ações, comprometendo a qualidade da atenção prestada (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

#### **4.1 A Atenção Domiciliar<sup>31</sup>**

A atenção à saúde contempla dois modelos: hospitalar e domiciliar. São dois modos de operar diferentes e coexistentes. O hospital, uma instituição de confinamento, funciona na lógica da sociedade disciplinar enquanto a proposta de atenção domiciliar trabalha em outra chave de pensamento, na lógica da sociedade de controle, onde as fronteiras se esfacelam e o controle da saúde se espalha no território, adentrando os domicílios, promovendo cuidados e investigando a privacidade das famílias.

---

31 Retomando, o cenário sócio-político onde surge a atenção domiciliar tem por características a coexistência da “sociedade disciplinar” e ênfases nas ações clínicas-privadas e nas disciplinas, e, “de controle”, com seu espraiamento pelos cenários sociais, discursando sobre “aprimoramento da saúde” via controles de índices e cifras, medicalização e controle das biotecnologias (AGUIAR, 2004).

Atenção domiciliar é um termo genérico que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação em domicílio, como extensão do hospital. Surgiu nos Estados Unidos, em 1947, na cidade de New York, quando o Hospital Montefiore institui a hospitalização em domicílio, devido ao aumento da demanda de serviço. Sua importância cresceu muito a partir da década de 1980 com o surgimento da epidemia da AIDS (FEUERWERKER; MERHY, 2008; LAHAM, 2004).

No Brasil, um dos primeiros registros de assistência domiciliar no serviço público é o Decreto 46.348 de 1959, aprovando o regimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), que tinha por finalidade prestar assistência médica aos segurados ativos e inativos de vários institutos de aposentadoria e pensão de algumas classes trabalhistas. A partir da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surge o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar concentrado em empresas privadas e nos grandes centros, o *home care* (SANTOS; SOUZA, 2007).

A discussão sobre a atenção domiciliar ganha cada vez mais espaço nos meios científicos e nos serviços de saúde públicos ou privados, devido à tendência mundial de desospitalização e à crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro (BITTAR, 1997; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; FABRÍCIO *et al*, 2004; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Entre os motivos Feuerwerker e Merhy destacam:

1. desospitalização de internações desnecessárias antes geradas pela fragilidade das redes de apoio em situações de vulnerabilidade social;
2. processos de “alta precoce” para ampliar a rotatividade dos leitos hospitalares e evitar complicações advindas de internações prolongadas;
3. busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes e
4. cuidados paliativos em que o alívio da dor e uma boa morte são objeto do trabalho das equipes (2008, p. 181).

O atendimento domiciliar contribui para a redução de custos hospitalares e liberação de leitos para utilização em caráter emergencial e síndromes agudas, com importantes ressonâncias na saúde pública.

Outros motivos importantes para a oferta do atendimento domiciliar são a superlotação das instituições públicas de saúde e suas ineficiências; as discussões sobre humanização nas políticas públicas de saúde e o Estatuto do Idoso, que preconiza a permanência deste junto à família, o que deve ser garantido como suporte social (LAHAM, 2004). Outros interesses, atravessados pelo biopoder, estão presentes pulverizando-se para além dos muros do hospital em ações paradoxais de cuidado e controle produzindo subjetividades voltadas ao consumo de bens e serviços ofertados pelo mercado da saúde. (AGUIAR, 2004; BEZERRA JUNIOR, 2006; DELEUZE, 1992).

O cenário da atenção domiciliar envolve diversos atores: a instituição, representada pelo programa de atenção domiciliar e equipe de saúde, o paciente, cuidador e familiares.

## 4.2 Modalidades de Atenção Domiciliar

Existem nomenclaturas semelhantes para as mesmas modalidades, e variam de acordo com o órgão administrador do serviço: “visita domiciliar” e “atendimento domiciliar”; “assistência domiciliar”, “assistência domiciliar terapêutica” e “atendimento domiciliar”; ou “internação domiciliar” e “hospitalização domiciliar, são sinônimos (BRASIL, 2006b; FABRICIO *et al*, 2004).

Assim, as modalidades de serviços em atenção domiciliar são: atenção básica representado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e do CAPS's (Centro de Apoio Psicossocial), assistência domiciliar e internação domiciliar.

O **PSF** é uma estratégia de Educação em Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde, que preconiza a promoção da saúde em todo o território nacional. Sua lógica está inscrita na sociedade de controle, espalhando-se por todos os espaços, diluindo fronteiras e discursando sobre como cuidar da saúde, como viver, no que acreditar e o que consumir. O paradoxo aqui também se faz presente, pois, como sugerem Bezerra Junior (2006) e Deleuze (1992), novas formas de liberdade surgem nesse cenário.

A **assistência domiciliar** consiste em atividades programadas e integradas, de caráter preventivo e/ou assistencial, com participação de mais de um

membro da equipe de saúde, com procedimentos de relativa complexidade. Geralmente é dirigida a clientes impossibilitados de comparecer a serviços de saúde para tratamento, por estarem acamados e/ou dependentes de equipamentos. Muitos necessitam apenas de cuidados específicos, como curativos diários, medicações por via intramuscular ou endovenosa.

Caracterizados como atenção secundária, esses programas geralmente estão locados em hospitais universitários ou vinculados ao sistema público de saúde. (BRASIL, 2006b; FABRICIO *et al*, 2004, LACERDA *et al*, 2006).

A “internação domiciliar” consiste em atividades continuadas, com oferta de tecnologia e recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para pacientes portadores de quadros clínicos mais complexos, os quais demandam assistência semelhante à oferecida em âmbito hospitalar. Nessa modalidade, a cobertura assistencial é de 24 horas.

Conta também com visitas programadas de equipe multiprofissional e permanência de enfermagem por períodos pré-estabelecidos. Essa modalidade é adotada predominantemente em serviços privados conhecidos como "home-care" e, atualmente, incorporada ao serviço público, conforme Portaria 2.529 de 2006 (BRASIL, 2006b; FABRICIO *et al*, 2004).

Segundo a RDC 11, da ANVISA (BRASIL, 2006a), os serviços de atenção domiciliar devem elaborar um plano que oriente a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua inclusão até a alta.

O serviço deve possuir um regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar (visita, assistência ou internação) e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento, bem como elaborar um manual e normas técnicas de procedimentos, de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada. As Secretarias de Saúde estaduais e municipais poderão estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar, a fim de adequar as estratégias dos serviços às características e necessidades locais.

Existem serviços de atenção domiciliar no sistema público de saúde voltados à populações<sup>32</sup> específicas, como idosos dependentes e acamados,

---

32 Surge aqui, novamente, a noção de risco. Os sujeitos não mais conhecidos pelo que são e, sim, por suas marcas biológicas, processos de adoecimentos, índices. Não existem mais indivíduos e sim populações de risco a serem controladas segundo os discursos hegemônicos na saúde (BEZERRA JUNIOR, 2006).

pacientes dependentes de oxigenioterapia, portadores de doenças sexualmente transmissíveis, portadores do vírus HIV<sup>33</sup>, geralmente sintomáticos, ou para cuidados paliativos.

#### 4.3 Os serviços de Atenção Domiciliar

Os serviços de visita domiciliar do PSF são caracterizados pelo comparecimento da equipe de saúde ao domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a unidade desenvolve, objetivando o rastreamento de processos de adoecimento endêmicos.

O PSF é uma política pública de atenção primária à saúde (APS). É o primeiro contato da população com o serviço de saúde público e uma estratégia para reorientação do sistema de saúde auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS e organizando o sistema numa rede articulada com os outros níveis de atenção, a partir da lógica da Educação em Saúde da Família (ESF).

Os fundamentos da ESF são: inserção num território específico, trabalho local com a população com o estabelecimento de vínculos entre o serviço de saúde e comunidade, acolhimento e auto-responsabilização (o que conota o aspecto relacional como norte da lógica do cuidado).

Na visita domiciliar exercida pelo PSF é realizado atendimento por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar suas demandas, dos familiares e do ambiente onde vivem para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas levam em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. Quando necessárias, são realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio. (BRASIL, 2006b; FABRICIO *et al*, 2004; LACERDA *et al*, 2006).

Os programas promovem ações de orientação e educação para que os indivíduos e família se tornem independentes em relação aos próprios cuidados,

---

33 *Human Immunodeficiency Virus*, vírus da imunodeficiência humana, conhecido como HIV (sigla originada do inglês), causador da AIDS.



sendo monitorados pelo programa de saúde local. Se necessário, são indicados pacientes a serem atendidos pelo programa de assistência domiciliar que atende o território.

Enfoca a família e suas relações e não apenas o indivíduo no seu adoecimento, o que resgata a visão multidimensional dos processos de saúde-adoecimento-cuidado e exige posturas de intervenção da equipe de saúde para além do enfoque biomédico tradicional (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A implantação do PSF aconteceu em 1994, pelo Ministério da Saúde, portaria 648 de 2006, como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no Brasil, havendo determinação para que o programa fosse implantado nos 26 Estados, mais o Distrito Federal.

As equipes do PSF ficam lotadas em unidades de saúde e atuam dentro dos limites geofísicos destas. Seguindo a lógica da ESF, vão ao território, à comunidade, conhecendo seu cotidiano, sua cultura. São recrutados membros da comunidade para atuar junto à equipe como agentes comunitários, o que facilita a inserção loco-social e a implementação das estratégias de intervenção em saúde.

A equipe vasculha a região, à busca de pessoas com problemas de saúde e, ao localizá-las, faz um primeiro atendimento em domicílio, realizando o encaminhamento desta, quando possível, à unidade básica de saúde mais próxima para a continuidade dos cuidados.

Quando o paciente, por alguma razão, não pode se deslocar para a unidade de saúde é, monitorado em domicílio ou encaminhado a algum serviço de assistência domiciliar mais próximo, dependendo da gravidade do processo de adoecimento e cuidados exigidos.

Os programas de assistência domiciliar são caracterizados pelo conjunto de atividades de cunho ambulatorial, programadas e continuadas em domicílio, sem necessidade de utilização de equipamentos para manutenção da vida direcionados a pacientes:

- portadores de doença crônica, acamados, dependentes;
- em fase terminal;
- com dificuldade de locomoção.
- egressos do hospital, que necessitem acompanhamento domiciliar por alguma condição que os incapacite a comparecer na unidade de saúde;

- com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, que ocasionam impossibilidade de locomoção à unidade de saúde mais próxima.

Geralmente, os programas são vinculados a hospitais públicos ou hospitais-escola e a lógica do atendimento é a atenção secundária à saúde. A indicação para o ingresso do paciente no programa de assistência domiciliar surge da equipe clínica ou de unidades de saúde da região.

A equipe do programa analisa o caso, de acordo com critérios como: o paciente estar em processo de adoecimento caracterizado por dependência (em algum grau), acamado, impossibilitado de se locomover; residir no território de abrangência do programa; existência de um cuidador responsável pelos cuidados domiciliares; aceitação da família ao programa e não ser dependente de equipamento de monitoramento e sustentação da vida (o que conotaria a indicação para a internação domiciliar).

Tais programas podem direcionar seus atendimentos a populações específicas e exclusivamente a idosos ou a portadores de doenças sexualmente transmissíveis.

As rotinas seguem um caráter mais geral podendo existir diferenças, de acordo com as características e necessidades de cada região e programa.

Após análise da solicitação para inclusão, realizada pelo Serviço Social, é agendada uma entrevista com os familiares e cuidador, bem como uma visita ao domicílio para averiguação das condições clínicas do paciente, a ser apresentada em reunião de equipe.

Costumeiramente a primeira visita é realizada pelos profissionais da medicina, enfermagem e assistência social, que aproveitam para observar outras variáveis importantes a serem consideradas na elaboração de um plano de cuidado, como os habitantes recepcionam a equipe, o ambiente físico, relacionamento entre paciente, cuidador e familiares.

As primeiras informações são apresentadas na reunião da equipe de atenção domiciliar, um plano assistencial é estabelecido e é dado início à sua implementação. Este pode e deve ser revisto periodicamente para correção de rotas, quando necessário. O cuidador é informado e treinado para executar o cuidado de acordo com o plano. Outros profissionais da equipe podem participar, como

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, dentista e terapeuta ocupacional.

Os pacientes admitidos nesta modalidade de programa em sua maioria são idosos, acamados e dependentes cujos processos de adoecimento são marcados por complicações advindas, por exemplo, de acidente vascular encefálico, processos demenciais, insuficiência cardiovascular crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema pulmonar, etc.

Pacientes jovens com seqüelas de acidentes automobilísticos ou quedas importantes também são admitidos e, com pouca incidência, crianças, apresentando geralmente neuropatias congênitas e suas complicações.

Os critérios para alta são em geral: a melhora do quadro clínico-relacional possibilitando deambulação e locomoção à unidade de saúde mais próxima; falta de aderência por parte do paciente, cuidador e familiares ao plano de cuidado implementado; longos períodos de internação hospitalar e óbito.

A estratégia do programa depende de recursos materiais, como viaturas, medicamentos, aparelhos, geralmente fornecidos pela instituição. Qualquer problema no provimento destes prejudica o plano de cuidado estabelecido, limitando as intervenções, comprometendo os objetivos e, não raras vezes, exigindo flexibilidade, adaptações e improvisações dos profissionais da equipe para a continuidade dos cuidados.

#### **4.4 A equipe de saúde e o cuidador**

Vários profissionais podem compor **a equipe** conforme a modalidade do programa. No PSF as equipes são “matriciais”, compostas de médico, enfermeiro e agente de saúde e outros profissionais que dão sustentação, incluindo o psicólogo. (BRASIL, 2006b).

Na assistência domiciliar a equipe pode incluir podólogos, que auxiliam no aspecto clínico-estético, religiosos que dão respaldo espiritual e arquitetos, a fim de orientar a adequação do domicílio às necessidades de cada paciente.

O grupo de profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar tem caráter multiprofissional e é orientado para o diálogo interdisciplinar,

intencionando prover um melhor atendimento, prestando assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente, cuidadores e familiares em seu domicílio (BRASIL, 2006a).

Pietroluongo e Resende (2007) entendem que a estruturação das equipes de saúde acontece de forma vertical ou horizontal. A estrutura vertical (ou hierárquica) é marcada pela soberania do saber médico sobre os demais saberes, com a predominância de ações isoladas.

Essa conduta dificulta a dialogia e a troca de saberes, fortalecendo o isolamento e a individualização dos profissionais em detrimento das relações mais horizontalizadas. Camargo-Borges e Cardoso (2005, p.5) afirmam que nesta estrutura “prevalece a dicotomia entre a competência técnica e a sensibilidade social”.

Já a estrutura horizontal preconiza uma relação de aliança e diálogo entre os saberes, quando o binômio saúde-doença é visto como um processo multideterminado, abarcando o sujeito em suas dimensões biológica, psicológica e socio-relacional. Assim, o fator biológico seria *um* dos aspectos que contribui para o cenário de sofrimentos em processos de agravo à saúde.

O **cuidador** é uma pessoa com ou sem vínculo familiar com o paciente, capacitada (geralmente por treinamento ministrado pelo programa) para auxiliar aquele que recebe os cuidados, em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

No PSF sua presença é menos freqüente por conta das políticas específicas deste serviço. É de presença fundamental e obrigatória na assistência domiciliar.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006) relatam que a responsabilidade pelos cuidados é assumida, geralmente por mulher (esposa, filha ou irmã). As autoras informam que a Doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se por importante, gradual, progressivo e sorrateiro declínio da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento.

A convivência com uma pessoa nessas condições traz conseqüências bastante significativas para a dinâmica familiar cotidiana, pois o adoecido passa, progressivamente, a uma situação de total dependência, interferindo diretamente na qualidade de vida dos envolvidos no cuidado.

Cuidar, nessas circunstâncias, pode constituir-se numa tarefa exaustiva e desgastante, principalmente por se estender por longos períodos.

As tarefas desenvolvidas pelo cuidador, com o passar do tempo e associadas a diversos fatores, como dificuldades financeiras e/ou problemas com sua própria saúde, acabam se tornando eventos estressores significativos com severos impactos em sua saúde física, psicológica e emocional. Os relatos de sentimentos de sobrecarga, ressentimento, exclusão, isolamento, medo, culpa e embaraço são comuns nas falas dos cuidadores.

As cuidadoras-esposas, que constituem a maioria do grupo de cuidadores-cônjuges, são mais vulneráveis à sobrecarga, pois, além dos cuidados ao paciente-cônjuge, realizam tarefas domésticas. No estudo, o percentual maior de cuidadores era, principalmente, de filhos e dentre esses, os mais jovens (com idade entre 20 e 40 anos), demonstraram sofrer maior impacto na execução dos cuidados.

Assim, a figura do cuidador é fundamental no contexto, dependendo de seu desempenho, em grande medida, o sucesso ou insucesso do plano de cuidado. Por essas razões a equipe deve identificar no cuidador:

- Disponibilidade e capacidade de atenção com o paciente;
- Compromisso com o projeto terapêutico;
- Seguimento das orientações da equipe;
- Iniciativa e criatividade;
- Boa relação e facilidade de comunicação com o paciente e equipe.

Para que o cuidador desempenhe de forma eficiente o seu papel, faz-se necessário, além de treinamento qualificado, acompanhamento sistemático por parte da equipe. O cuidador deve receber orientação em noções básicas de cuidados gerais (curativos, nutrição, higiene, biossegurança, etc.), como proceder em caso de urgência e/ou óbito; aspectos legais (direitos e deveres) do paciente.

Este é o cenário da atenção domiciliar com suas características estruturais e sócio-políticas contemporâneas, e inscrito pela coexistência passiva e ativa do niilismo.

Deleuze (1992) afirma que o surgimento do hospital-dia e o atendimento em domicílio em saúde podem ser sinais “de novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle [social] que rivalizam com os mais

duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas” (p.220).

## 5. PSICOLOGIA, ATENÇÃO DOMICILIAR E SAÚDE:

### Formação, clínica e transdisciplinaridade

*Cabe-nos, portanto, a pergunta sobre quais relações há entre o capitalismo contemporâneo, o exercício da clínica e a produção de subjetividade. Isto nos obriga a discutir o plano da clínica na sua inseparabilidade da filosofia, da arte, da ciência, e, em especial, da política.*  
(BENEVIDES, 2005, p.22)

#### 5.1 O psicólogo na equipe de atenção domiciliar: legislação

Conforme o Conselho Federal de Psicologia, a função do psicólogo

procede ao **estudo e análise dos processos intrapessoais e das relações interpessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo, no âmbito das instituições de várias naturezas, onde quer que se dêem estas relações**. Aplica conhecimento teórico e técnico da psicologia, com o objetivo de identificar e intervir nos fatores determinantes das ações e dos sujeitos, em sua história pessoal, familiar e social, vinculando-as também a condições políticas, históricas e culturais.

O psicólogo, dentro de suas especificidades profissionais, atua no âmbito da educação, **saúde**, lazer, trabalho, segurança, justiça, comunidades e comunicação com o objetivo de promover, em seu trabalho, o respeito à dignidade e integridade do ser humano. [...] **O psicólogo desempenha suas funções e tarefas profissionais individualmente e em equipes multiprofissionais, em instituições privadas ou públicas**, em organizações sociais formais ou informais, atuando em: hospitais, ambulatorios, centros e postos de saúde, consultórios, creches, escolas, associações comunitárias, empresas, sindicatos, fundações, varas da criança e do adolescente, varas de família, sistema penitenciário, associações profissionais e/ou esportivas, clínicas especializadas, psicotécnicos, núcleos rurais e nas demais áreas onde as questões concernentes à profissão se façam presentes e sua atuação seja pertinente (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992, grifos nosso).

Após regulamentação profissional, em 1962, o psicólogo atuava na área clínica, educacional, social e organizacional. A Psicologia expandiu-se, nos últimos quarenta anos e passou a participar de vários outros segmentos do mercado, como Saúde e, mais recentemente no da atenção domiciliar. A presença do profissional psicólogo nesse novo campo passa a ser considerada pelas políticas públicas em Saúde e Educação, e legislações decorrentes.

A Lei 10.424 de 2002, no capítulo VI, artigo 19-1, dispõe:

São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º - Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, **psicológicos** e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (BRASIL, 1990, 2002, grifo nosso).

A RDC nº 11 da ANVISA, item 4.9, determina que

o Serviço de Atenção Domiciliar deve elaborar um Plano de Atenção Domiciliar, que contemplará a prescrição da assistência clínico-terapêutica e **psicossocial** para o paciente (BRASIL, 2006a, grifo nosso).

A Portaria nº 2.529 do Ministério da Saúde, que institui a internação domiciliar no SUS, propõe um novo formato de equipes de saúde, valorizando os campos e núcleos de saberes de diferentes profissionais da saúde, que reinventem práticas e construam novas possibilidades de fazer, de forma integrada, os cuidados.

O foco da ação terapêutica não deve ser apenas o usuário acamado, mas, também, sua rede de vínculos afetivos e sociais que necessita de maior autonomia para lidar com o processo (BRASIL, 2006b).

Quanto ao formato das equipes de atenção domiciliar,

...o núcleo mínimo poderá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, que deverão apresentar vinculação exclusiva com o programa. Outros profissionais poderão (e deverão) ser inseridos da mesma forma ou em caráter de compartilhamento com outros programas assistenciais a critério do projeto loco-regional. De certa forma, para que se possa apresentar uma prática segura, faz-se necessário o estabelecimento de uma equipe matricial de suporte com profissionais de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, **psicologia**, terapia ocupacional e nutrição (BRASIL, 2006b, grifo nosso).

Laham (2004) e Souza (2000) afirmam que a presença do psicólogo, no contexto da atenção domiciliar é relevante, pois o processo de adoecimento desencadeia ansiedades, conflitos e fantasias que afetam todos os atores envolvidos (paciente, cuidador, familiares e equipe de saúde), causando sofrimentos de ordem intrapsíquica e interpessoal, que podem comprometer o processo de adoecimento do paciente e a capacidade relacional entre os envolvidos.



Esse quadro configura a intervenção psicológica como importante recurso para amenizar e até mesmo evitar que essas dificuldades comprometam os objetivos.

O psicólogo pode prestar atendimento a pacientes, familiares e cuidadores e contribuir com seu parecer nas reuniões da equipe de saúde e exercer o papel de facilitador da relação entre os pacientes, familiares e cuidadores (FRANÇA; VIANA, 2007; GAVIÃO; PALAVÉRI, 2000; LAHAM, 2004, SOUZA, 2000).

O diferencial é a escuta capaz de acolher o sujeito sem julgamentos morais ou tentativas apriorísticas de encaixe em referenciais teóricos (LAHAM, 2004; SOUZA, 2000).

O psicólogo pode proporcionar momentos de subjetivação ao paciente, ao cuidador, à família, bem como favorecer a ampliação da percepção e sensibilização no processo de que todos participam.

O psicólogo é capaz de acolher, escutar e diagnosticar, com sensibilidade para as questões de ordem psíquica, tendo muito a contribuir para a promoção e manutenção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e cuidados paliativos na relação com o paciente, familiares, cuidadores, equipe de saúde e instituição (LAHAM, 2004; SOUZA, 2000). .

Cabe ao psicólogo estar atento à realidade que o circunda, proporcionando reflexões, questionamentos e inquietações face às transformações que se apresentam do contexto sociocultural e histórico, o que requer flexibilidade, criatividade e compromisso com o social (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007; FRANÇA; VIANA, 2006).

Considerando a grande trama de aspectos atuais, os processos de produção de subjetividades e o surgimento da atenção domiciliar no cenário da saúde, perguntas emergem: Como pensar as práticas psicológicas neste contexto? Estaria o psicólogo preparado para lidar com as demandas decorrentes da atualidade?

## 5.2 Psicologia e saúde: formação

A Psicologia, como profissão, tem história recente no nosso país. Regulamentada em 1962 pela Lei Federal 4119 e reconhecida como profissão liberal, centrou suas atividades nas décadas seguintes, no trabalho autônomo, clínico, focado na interioridade, priorizando técnicas de cunho terapêutico curativo-remediativas e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada, tornando-se o paradigma hegemônico da profissão<sup>34</sup>.

A formação tem reproduzido predominantemente este modelo, estagnando práticas e dificultando a adaptação às novas exigências de responsabilidade social, diálogo interprofissional, ética e cidadania e compreensão da multicausalidade do processo de saúde e adoecimento.

Assim, as questões sanitárias, a visão para intervenção coletiva de saúde, os instrumentais de prevenção, promoção e produção social da saúde pouco são contemplados, priorizando um reduto de informações que muito pouco habilita o recém-formado profissional a atuar no campo da saúde (ADAMS, 2007; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 1998, 1999, 2001; SEBASTIANI; PELICIONI; CHIATTONE, 2003; SOARES, 2005; SPINK, 1992; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Marcus Adams, então presidente da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) e membro da Comissão Nacional do Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, realizado em 2006, afirma que

boa parte das instituições de ensino superior ainda está dessintonizada com o processo de transformação pela qual passa a sociedade e o papel da Psicologia nesse novo cenário [...] **Uma das maiores dificuldades** identificadas hoje para que a Psicologia consolide sua presença no Sistema Único de Saúde **diz respeito à formação** (ADAMS, 2007, grifo nosso).

Em sete de maio de 2004 a Resolução nº 8, do Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia, determinando no artigo 4º:

---

34 Formação na chave do pensamento romântico-liberal e disciplinar, voltada à interioridade, datada do século XIX e inscrita no nihilismo reativo. Traço da configuração da clínica privada, derivada da anátomo-clínica (FIGUEIREDO, 2007).

A formação em Psicologia deve dotar o profissional dos conhecimentos para o exercício das seguintes competências e habilidades:

→ Item A

Atenção à Saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética (BRASIL, 2004).

O artigo 12, item “d”, dispõe que a ênfase na formação

consiste na concentração em competências que garantam ações de caráter preventivo, em nível individual e coletivo, voltadas à capacitação de indivíduos, grupos, instituições e comunidades para protegerem e promoverem a saúde e qualidade de vida, em diferentes contextos em que tais ações possam ser demandadas (BRASIL, 2004).

Bernardes (2005) assinala que o discurso fundacional da Psicologia nasceu sob a égide do discurso liberal-iluminista (tecnicista e aplicativo) e no contemporâneo tende a uma lógica neoliberal. O psicólogo surge no Brasil para ser um profissional liberal marcado para atender aos processos individualizantes e pela apropriação intimista dos espaços públicos.

O autor afirma que, paradoxalmente, boa parte dos cursos de Psicologia no País utiliza as redes públicas como campo das práticas e de estágios, trazendo para a esfera pública uma concepção privatista de educação. Existem poucas rupturas nas DCN com o discurso fundante da Psicologia e muitas cooptações das Políticas Educacionais ditadas pela lógica neoliberal.

Em outubro de 2006 foi publicado o relatório sobre a pesquisa “A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica”, projeto coletivo de cooperação técnica entre a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia e o Ministério da Saúde, com a interveniência da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, a fim de subsidiar a construção de políticas de educação para o SUS (AprenderSUS) em parceria com os Ministérios da Saúde e Educação.

No que tange à formação em cursos de graduação e pós-graduação, essa política tem por parâmetros:

a) a formação afinada com os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade), com ênfase nos seguintes valores: conceito

ampliado de saúde, ação intersetorial, integralidade visando à ampliação da dimensão cuidadora da atenção, equidade do acesso, direito à informação e participação.

b) a formação que tenha a integralidade como eixo orientador dos processos formativos, levando em consideração suas várias dimensões, entre elas a transformação das práticas e da organização do trabalho, visando ao fortalecimento da capacidade de dar acolhimento e cuidado.

c) a implementação de diretrizes curriculares e estratégias de especialização/aperfeiçoamento nas áreas profissionais da saúde, realizadas em serviços de saúde (treinamento, especialização, residências).

d) a aproximação do perfil de formação às necessidades de saúde da população e aos princípios e políticas do SUS.

e) o pressuposto de que o trabalho das equipes e das organizações de saúde deveriam centrar-se em buscar compreender e corresponder aos interesses do usuário, inclusive contribuindo para a sua autonomia e para sua capacidade de intervenção sobre sua própria saúde (SPINK; BERNARDES; MENEGON, 2006, p.5).

A prática profissional e a produção científica atestam a diversidade desse campo de saber, com áreas e subáreas, referenciais teóricos e práticas específicas e dificuldades em dialogar com uma política de saúde ainda em processo de implantação, o que é compreensível, levando em consideração o referencial epistêmico da especialidade.

Em matéria veiculada no PSI Jornal do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2006), vários psicólogos enfatizam que trabalhar com saúde é atuar com ações intersetoriais, envolvendo-se com outros profissionais e dinamizando o fazer e saber sobre o processo saúde-adoecimento, numa permanente reinvenção<sup>35</sup> da prática, com ações que objetivam promoção de saúde, reabilitação e investimento no exercício da cidadania.

Para Lumêna Furtado,

a riqueza clínica do **trabalho em saúde pública** é inigualável, pois o profissional atende a uma população diversificada, com vários tipos de sofrimentos psíquicos. Isso **exige criatividade, competência e capacidade de criar respostas e elaborar novas possibilidades de intervenção** (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2006, grifos nossos).

---

35 A idéia de “reinvenção” da prática é utilizada em várias matérias que discutem a formação em Psicologia e, principalmente, para atuação na Saúde, apontando para as disparidades entre as políticas de formação predominantemente romântico-neoliberais-privadas e as necessidades sociopolíticas contemporâneas.

Abdalla (2007) aponta o momento de transição de paradigmas no ensino superior num movimento de mudança para atender às novas propostas das políticas governamentais.

Dutra, citada por Abdalla (2007), assinala o crescimento de uma tendência na psicologia clínica “que se centraria na ênfase de uma concepção de subjetividade resultante de uma construção social e histórica” (p.174). Um importante desafio é a necessidade da superação da representação que o aluno de Psicologia traz para a universidade, de uma prática liberal<sup>36</sup> em consultório, muito influenciada pelo modelo médico.

A psicologia clínica apresenta tendências emergentes que integram o contexto social, passando a “buscar uma articulação mais concreta entre a clínica e o social” (p.175), o que exige que uma análise do contexto em que o indivíduo está inserido.

Para Benevides (2005), a discussão vai além dos enquadres clássicos, de uma clínica individual e privada, datados do século XIX ou, mesmo, de uma Psicologia Social que mantém a separação entre o individual e o social, além de um processo de despolitização das práticas ainda predominantes em nossos cursos de formação e capacitação.

A partir de uma Psicologia fundada nessas dicotomias “o individual se separou do social e a clínica se separou da política e a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS” (p.22).

A compreensão do homem como objeto de estudo da Psicologia, centrada na perspectiva da interioridade, dificulta não só o entendimento do sujeito, mas também reconsideração das políticas de saúde e conseqüente reconhecimento da Psicologia como produtora de discursos críticos e práticas de si empenhados na afirmação da vida. Não se trata aqui de oposição e sim de propostas para composições múltiplas.

Para Benevides (2005) e Neves *et al* (1993), é fundamental ao psicólogo perguntar-se, antes de tudo, sobre quais compromissos ético-políticos adota como balizadores em suas intervenções.

---

36 Estas representações são produtos do discurso “fundante e naturalizado” da Psicologia, marcado pela lógica do pensamento romântico-liberal-disciplinar.

### 5.3 O psicólogo e a equipe de saúde: interações e interdisciplinaridade

Em suas atuações na área da saúde o psicólogo se coloca em contato direto com outros profissionais, o que lhe exige prontidão ao diálogo e senso crítico para compreender os movimentos micropolíticos presentes nesse cenário.

Nesse aspecto, existem tensões constantes, pois, características das sociedades de controle e disciplinar compõem micropolíticas no cenário relacional das equipes de saúde. A exigência da disponibilidade ao diálogo presente nas políticas públicas esbarra nas práticas dos profissionais de saúde marcando seu território, até mesmo em ações isoladas dentro da equipe, característica da clínica privada (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Chega à nossa discussão o termo “interdisciplinaridade”. Como afirma Batista (2006), esse termo atinge contornos polissêmicos, desde que passa a circular no âmbito das ciências, com particular destaque a partir da década de 1970 até o momento atual.

Furlanetto afirma que a abordagem interdisciplinar pressupõe interações e rupturas de fronteiras, abertura de espaços pelas articulações e nexos instaurados entre as disciplinas, dando o sentido “como espaço entre”, que não é o lugar de um ou outro, mas o lugar das interações.

Para a autora, interdisciplinaridade é

[...] esse conhecimento que se produz nas regiões em que as fronteiras se encontram e criam espaços de interseção<sup>37</sup>, onde o eu e o outro, sem abrir mão de suas características e de sua diversidade, abrem-se disponíveis à troca e à transformação. Qualquer prática interdisciplinar acontece a partir dessa postura de expansão de campos e de abertura de fronteiras (*apud* BATISTA, 2006, p.43).

Fazenda utiliza a expressão “atitude” para explicitar outra concepção de interdisciplinaridade.

Atitude de buscar alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera perante atos não-consumados, atitude de reciprocidade que impele

---

37 Neves *et al* (1993) assinalam que a proposta de interdisciplinaridade como “espaço entre”, “preserva a unidade e natureza do objeto, que se mantém como que inalterado frente à mudança do regime discursivo que busca dizer-lhe a verdade” (p.177).

à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes; atitude de desafio diante do novo, desafio de redimensionar o velho; atitude de envolvimento e comprometimento com projetos e pessoas neles implicados; atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, revelação, encontro, enfim, de vida (*apud* BATISTA, 2006, p.42).

More *et al* (2004) acreditam que não se tem por objetivo, na prática interdisciplinar, uma “unificação” em que se romperiam definitivamente as fronteiras disciplinares, mas respeitar as especificidades de cada profissional, superando o conhecimento compartimentalizado através de interdependências e relações.

O conhecimento das perspectivas históricas e políticas constituintes dos saberes torna-se ferramenta facilitadora do processo de construção de linhas de diálogo entre as disciplinas, abrindo outra possibilidade de interagir e dinamizar a produção de práticas e conhecimento. Pensemos, então, na transdisciplinaridade.

#### 5.4 A transdisciplinaridade: um lugar possível

Transdisciplinaridade é uma aposta na mudança de visada quanto à produção e diálogo entre práticas e saberes, em suas articulações com objetos dados *a priori*. Parte da reconsideração epistêmica na qual as disciplinas são desnaturalizadas e a idéia de identidade e unidade desestabilizadas, o que desloca a relação sujeito-objeto de seu sentido habitual, não mais como realidades previamente dadas, mas que se produzem por efeito das práticas (COIMBRA; LEITÃO, 2003; NEVES; JOSEPHSON, 2002; PASSOS; BARROS, 2000).

Passos e Barros (2000) afirmam que, apesar dos esforços para flexibilizar as fronteiras entre as disciplinas nas últimas quatro décadas, o que se conseguiu foi estabelecer um diálogo entre profissionais mais identificados com esta ou aquela especialidade.

Diferentes procedimentos de flexibilização<sup>38</sup>, segundo os autores, definiriam formas de composição e qualidade dos diálogos, havendo movimento de

---

38 Presumimos as tensões presentes nesses processos. O estabelecimento de fronteiras disciplinares foi um dos recursos reativos produzidos na sociedade disciplinar, no século XIX e a exigência, em tempos de sociedade do controle, é de que sejam flexibilizadas. São lógicas distintas que se articulam na atualidade.

criação de uma zona de interseção entre elas, para a qual um objeto específico seria designado. Aqui a relação sujeito-objeto não é problematizada, pressupondo-os como elementos dados naturalmente.

Para Coimbra e Leitão (2003) o homem e a sociedade, a Psicologia e a política, territórios produzidos historicamente, não se opõem, mas se atravessam e se constituem, não possuem uma natureza, não “são”. Estão “sendo” e “se fazendo” em mutações contínuas, o que desestabiliza as noções de modelo, identidade, homogeneidade, unidades.

“Romper com as dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, natureza-cultura implicaria a constituição de planos onde, ao mesmo tempo, sujeitos-objetos adviriam. Neste caso o que vem primeiro é a relação, esta, sim, constituidora dos termos” (PASSOS; BARROS, 2000, p.74).

Sujeito e objeto se engendram e o que importa, segundo os autores, são os processos, os movimentos, as multiplicidades, as diferenciações e não o que se passa antes deles, o que os causa, mas o que se dá “entre”<sup>39</sup>.

A noção de transdisciplinaridade “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito-objeto quanto da unidade das disciplinas e especialismos” (p.76). A apreensão e produção da realidade, de ordem objetiva ou subjetiva, são compostas de elementos singulares, de diferentes gêneros, teóricos, tecnológicos, mas também estéticos, éticos, históricos, políticos, econômicos e afetivos.

A aposta transdisciplinar é “caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação, de outros objetos-sujeitos” (p.77).

Neves *et al* (1993) acrescentam:

Com a transdisciplinaridade coloca-se em questão a própria noção de disciplina, o que, conseqüentemente, acarreta uma alteração mais radical de visada do objeto. A proposta é desnaturalizar cada disciplina, trazendo para o campo da análise sua história, seu caráter transitório e parcial, os recortes que imprime nas práticas e como produz seu próprio objeto. [...] levando à produção de um regime discursivo híbrido bem diferente da forma hierarquizada e estanque das disciplinas instituídas. [...] O desafio que se propõe à transdisciplinaridade é a construção de um objeto que, ao se construir, constrói outras formas de subjetividade (p.178-179).

---

39 Aqui o “entre” entendido com intercessão. “A relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sociopolítico, etc.) sobre outro. Na interdisciplinaridade, portando, temos a gênese de uma nova identidade, enquanto na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 76).



## 5.5 Transdisciplinaridade e práticas psicológicas na Saúde: das essências às multiplicidades

Quais os interesses que motivam e sustentam os movimentos de inserção da Psicologia no campo da saúde? Em que ancoram e produzem quais demandas? A que lógica servem? Quais questões ético-políticas produzem ou estão implicadas nas práticas psi? A serviço da adequação e fortalecimento do *status quo*? Afirmam a problematização, a disrupção criativa, inventiva? São os psicólogos “psico-ortopedistas”, com a função de corrigir disfunções, déficits? São agenciadores de encontros e fluxos mutantes?

Ferreira Neto (2007) lembra o alerta de Foucault (1926-1984) quando afirmou que as práticas psicológicas podem pendular entre duas possibilidades: ora como práticas normativas e disciplinares, de sujeição, ora como portadoras de uma virtual liberação e invenção de outras modalidades de subjetivação.

Hüning e Guareschi (2005) afirmam que as práticas psicológicas introdirigidas e com a pretensão de dar conta do desvelamento do sujeito, supondo uma essência e sob a inspiração do paradigma positivista, estabelecem uma primazia do indivíduo sobre o social, incrementando o processo de coagulações dicotômicas entre individual-social, sujeito-objeto, condição legitimada pelo discurso de cientificidade que a Psicologia auferiu como ciência da conduta.

Legitimada cientificamente sustentou o discurso da objetividade e neutralidade, a separação entre sujeito e objeto, situando o psicólogo como sujeito ativo, numa posição de “descobridor” da realidade psíquica do outro (o objeto passivo).

Foucault, ao discutir os modos como os discursos científicos constituem-se em regimes de verdade que formam sujeitos, questiona não apenas as possibilidades e limitações desta Ciência e dos saberes psi, mas propõe pensar que outras formas estes podem assumir, não com a intenção de buscar para si o caráter científico, mas problematizando questões como: a que objetivos tais saberes vinculam-se ou podem vincular-se, como “funcionam” produzindo realidades e modos de subjetivação. Ou seja, para Foucault, as ciências humanas são formações discursivas que durante três séculos foram se articulando em diferentes campos de saber, instituindo o sujeito da modernidade (HÜNING; GUARESCHI, 2005, p.98).

Da crença na neutralidade e objetividade do pensamento científico decorre a principal dicotomia característica da modernidade: a ciência se separa da política,

sendo a primeira reconhecida como valor supremo, como algo que justificava e legitimava a si mesma. Foucault desconstrói esta oposição, mostrando a estreita relação entre saberes e poderes, portanto, o comprometimento político das ciências. Nesta proposição, implica-se a produção de conhecimentos com a esfera política e dimensiona-se a ciência como constituinte das práticas culturais (p.98).

A cultura é constituinte de sujeitos e, portanto, “os processos de subjetivação são culturais, compreendendo práticas de significação que posicionam os sujeitos e produzem modos de existência” (p.99).

Nesse sentido, “podemos interrogar que sujeitos têm sido forjados pelos discursos das disciplinas psicológicas, que efeitos estes têm produzido nos modos de subjetivação no contemporâneo e a que compromissos têm se vinculado” (p.99).

Os autores informam que a proposta de desnaturalização do que está legitimado constitui em si uma tarefa desconfortável e conflituosa, mas que a perspectiva foucaultiana propondo a desnaturalização das práticas e teorias psicológicas possibilita outro olhar, pensar outros caminhos, o que acaba transformando a própria práxis. “Esse entendimento recusa a separação entre pensar/fazer, teoria/prática e nos indica o potencial produtivo que estas análises encerram” (p.99).

Entendendo que as práticas psicológicas são ações políticas vinculadas a interesses e pensando as teorias psicológicas comprometidas com o Projeto da Modernidade<sup>40</sup>, perguntam:

dentro de que episteme torna-se possível pensar a intervenção? Como são “eleitos” os alvos de intervenção? O que pretendem as intervenções? Há possibilidades dessa demarcação, usualmente utilizada no campo psi entre um momento de diagnóstico e um momento de intervenção<sup>41</sup>? (HÜNING; GUARESCHI, 2005, p.100).

---

40 Tal projeto, segundo autores citados por Huning e Guareschi (2005), tem por característica, no campo da saúde, a “preocupação profilática orientada por uma lógica de causalidade e a constituição de domínios de saberes especializados e conseqüente fragmentação de saberes e práticas”, sendo a figura do especialista o “gerente da ordem” exercendo o poder de controle, de forma sutil sob a bandeira da neutralidade científica. Uma característica, talvez a principal, é a centralidade da razão, a partir da qual se forjou a “possibilidade de produção de ferramentas e instrumentos que “traduziriam” o mundo, tornando-o capturável pela racionalidade humana, submetido aos seus saberes [...] tornando-se “senhor” deste mundo, conhecedor de suas leis, o ser humano empenhou-se em construir modos de previsão, intervenção e controle do futuro. Produziu-se a crença na certeza de dominação da natureza e do universo” (HÜNING; GUARESCHI, 2005, p.99-100).

41 Os autores defendem o ponto de vista que o diagnóstico, *de per se*, é uma intervenção, onde já existe encontro e mútua afecção, não havendo possibilidades, conforme perspectiva positivista-científica de

Bauman afirma que as práticas psicológicas se alinham ao pensamento científico-positivista com seu “sonho da pureza” e “a busca da ordem”. O que estivesse fora da ordem deveria ser corrigido ou eliminado: “adequar-se ou desaparecer, serem retirados dos espaços reservados aos normatizados” (*apud* HÜNING; GUARESCHI, p.101).

Os especialistas da conduta tornam-se agentes autorizados a falar sobre o normal e o anormal, medindo e avaliando. “Assim, a condição de existência das psicologias tradicionais tem sido a referência a normas (normalidade/anormalidade) e a busca pela correção, via intervenção, de determinados tipos de sujeitos, de determinados modos de vida” (p.101). Os autores afirmam que é neste contexto que “o *terapêutico* tem, muitas vezes, se vinculado mais ao *corretivo/normativo* do que à promoção de saúde (ainda que a própria noção de saúde deva ser também problematizada)” (p.102, grifos nosso).

Foucault entende a Psicologia como uma forma cultural relacionada à produção de normas para prevenir o indesejado, curar o anormal e corrigir o inadequado, e define norma como

algo que não diz respeito ao natural, mas ao construído pelos saberes “portadora da pretensão de saber”. Ela funda e legitima certos exercícios de poder, onde podemos situar o poder de falar sobre a ordem e a desordem. Ela integra e define o normal e o anormal e a partir disso a perspectiva de gerenciamentos destes [...] (*apud* HÜNING; GUARESCHI, 2005, p.102, grifos dos autores).

Rose comenta:

A produção dos “efeitos de verdade” psicológicos é intrinsecamente amarrada aos processos pelos quais uma variedade de domínios, lugares, problemas, práticas e atividades “tornam-se psicológicos”. “Eles ‘tornam-se psicológicos’ no que são problematizados – ou seja, apresentam-se simultaneamente problemáticos e inteligíveis – em termos do que é incorporado pela psicologia” (*apud* HÜNING; GUARESCHI, 2005, p.103).

Para os autores, os discursos interventivos provocam modos de subjetivação dos sujeitos, já que, legitimados cientificamente e produtores de normas, transforma seus modos de pensar o mundo e sobre si. “Ao falar

---

primeiro diagnosticar e depois intervir. Esta segunda idéia pressupõe a ilusão da objetividade e neutralidade científica.

afetamos/produzimos os sujeitos sobre quem falamos e a nós mesmos” (p.103)”. Pelo discurso constituímos e somos constituídos.

Transformando o mundo inteligível aos nossos saberes, não o estamos apenas explicando ou desvendando, mas construindo-o, o que se dá também sobre os sujeitos. O que podemos empreender a partir disso é uma reflexão acerca do que pode estar marcando a diferença entre discursos/intervenções meramente disciplinadores e reguladores e discursos/intervenções que sejam criação de possibilidades, espaço para a produção de alteridades (p.103).

A partir da assertiva: “A Ciência Psicológica não tem uma essência”, os autores propõem a releitura da Psicologia e suas estratégias de intervenção sob a perspectiva foucaultiana<sup>42</sup>, visando à desnaturalização deste saber, à desconstrução de verdades acatadas e possibilitar “a produção de novas articulações na análise do que nos tornamos e de nossas práticas” (p.104).

Para Anthony Collins falar em uma psicologia crítica tem um duplo significado, qual seja, “uma crítica da psicologia e um modo crítico de fazer psicologia”. E segue afirmando que o objetivo não é destruir a psicologia, mas transformá-la ao ponto que ela possa tornar-se o que ela reivindica ser: simultaneamente um rigoroso modo de compreender as pessoas e uma profissão da saúde (p.106).

## 5.6 A clínica transdisciplinar

Neves e Josephson (2002) lembram que o discurso da clínica privada intimista produz subjetividades que acreditam na “busca dentro de si” para obtenção de respostas às questões que os acontecimentos impõem. A “verdade” está no seu interior, em “sua profundidade”. “Instaura-se uma intimização das formas de viver nas quais o indivíduo é o ponto de chegada e o ponto de partida, reafirmando, assim, as clássicas dicotomias entre individual-social, interno-externo, desejo-política” (p. 101).

---

42 Os autores alertam que, ao propor articulações da Psicologia com o pensamento foucaultiano não intenciam tomar a produção deste filósofo como um referencial teórico para as ciências psicológicas. Questionar, problematizar as práticas psicológicas legitimadas pelo discurso deste saber, desestabilizar o culto aos fundamentos e ao regime de verdade, dando visibilidade ao seu caráter histórico e contingencial, visando valorizar a diferença como possibilidade para criações outras, pensar os afetamentos e as reinvenções, são os objetivos deste estudo.

Segundo Passos e Benevides (2001) “clínica” deriva dos termos gregos *klinikos* (que concerne ao leito), de *kline* (leito, repouso) e *klíno* (inclinar, dobrar), “inclinar-se sobre o leito”. Os autores lembram que clínica, também, tem o sentido de *clinamen*, produção de desvio, de desestabilização.

A clínica habita

um espaço-tempo marcado por sua instabilidade, pois o que nos convoca a uma ação clínica ou o que se produz como uma demanda de análise, não pode ser pensado fora desta situação crítica [...] sua intervenção se dá num tempo intempestivo, extemporâneo, impulsionado pelo que rompe as cadeias do hábito para constituição de novas formas de existência (2001, p. 90-91).

E “vêm nos ajudar a fugir do lugar onde estamos instituídos, para que possamos apreciar o plano de engendramento das palavras e das coisas e seus múltiplos atravessamentos, o plano micropolítico” (p. 92). Pensam, dessa forma, a clínica como ação política no contemporâneo.

Passos e Benevides (2001) referem à idéia de “intercessor” como um conceito-ferramenta, com força crítica, capaz de produzir crise, desestabilizar. Não é mera atitude de desordem e simplificação e, sim, de caotizar o instituído, dando aberturas a outros possíveis.

Os autores questionam: “Como ainda conceber a sua força [da clínica] de intervenção em um mundo dominado pelo poder que mimetiza a vida (p.93)”?

Foucault, segundo os autores, aposta na força de resistência da própria vida tornada obra de arte. “Daí a ênfase em temas como os da estética da existência, das práticas de si e o da liberdade” (p.94). A resistência se dá, quando, ao invés de buscar estruturas universais, instituídas que limitariam o pensamento, privilegia-se a reflexão sobre o presente e o exercício da crítica de nós mesmos ou do que dizemos, pensamos ou fazemos, ou seja, o plano de produção de nós mesmos.

Libertamo-nos, quando colocamos em questão a naturalidade a-histórica de categorias com as quais nos identificamos, indagando a história que subjaz a estas categorias, isto é, indagando seu processo de constituição. A liberdade, portanto, se alcança por um exercício crítico ou, como entendemos, por um exercício clínico, desviando-nos da natureza humana que acreditamos nos definir (p.99).

Neves *et al* (1993) apontam as múltiplas configurações práticas e teóricas observadas no campo dos acontecimentos. A psicologia clínica, segundo os autores, frente aos desafios, redesenhava-se em função de escolhas e rotas que se bifurcam e a direção assumida implica caminhar pelo que denominaram “produção de diferença”.

“Diferença” no sentido disruptivo, que convoca a criar outras formas, acesso a lugares que contemplem diferentes relações com o agora/momento; ir do diagnóstico para além, na busca das singularidades, sutilezas e complexidades, questionar o instituído, o já dado, as evidências, os rótulos, na busca de outras conexões e acontecimentos.

Lessa (2006) propõe substituir a valorização da semelhança, tendência do pensamento platônico, pela valorização da diferença, libertando o pensamento do enquadramento a padrões e a modelos previamente estabelecidos para afirmar e valorizar as singularidades. “É necessário abandonar esta atitude religiosa de reverência ao texto e o culto ao autor”, tratando as teorias como produções científicas datadas historicamente e não “como oráculos que revelariam a *verdade* do fenômeno estudado” (NEVES *et al*, 1993, p.183, grifo nosso).

Assim, definição e o conceito podem aprisionar. Um conceito não é uma essência, uma identidade fixa abstraída da concretude processual da experiência, congelada e alheia ao devir e, sim uma síntese, produto da evolução sociocultural.

A abertura à “experiência” desestabiliza a tendência ao enquadramento, a priori, do acontecimento às teorias. A interpretação não de algo a ser desvelado, oculto e, sim, das forças que se apoderam de um fenômeno refere-se a relações de exterioridades e não de profundidade. Interpretar como estratégia de rompimento com as fixações instituídas (NEVES; JOSEPHSON, 2002).

A atenção ao diferente, abertura ao inusitado, numa mútua afecção com o acontecimento, permitir-se desafiar, questionando, problematizando os clichês de memória e a tendência a repetições de opiniões, inspirando criativamente intervenções singulares, específicas.

Trata-se, então, de inventar teorias experimentais para a urgência dos problemas da clínica em instituições públicas. É neste sentido que podemos falar em tecnologias da subjetividade ou formas de intervenção, onde o operador conceitual deve ser já uma ação sobre o real (NEVES *et al*, 1993, p.177).

As tecnologias psi têm papel histórico a desempenhar no processo de geração de novos modos de agir, sentir, pensar, desejar, existir, já que possuem instrumental e legitimação social. Frente aos mecanismos sociais de modelação do comportamento, reprodução de condutas uniformes e adaptadas ao funcionamento da ordem capitalista, torna-se possível testar a força e o compromisso ético-político-social dessas tecnologias.

Não se trata aqui de demonização das teorias e técnicas psicológicas e, sim, problematizar as lógicas que orientam a forma de pensar as ações, propor estratégias e intervenções particulares aos desafios singulares da clínica. É dar margem ao ato criativo, ao desejo de embrenhar-se pelo “campo de dispersão” (p.183), quando novos sentidos podem ser encontrados.

No plano da clínica, Lessa propõe

substituir a comparação das cópias com os modelos pela afirmação da criatividade dos encontros que ocorrem na singularidade dinâmica do devir. Assim, podemos resgatar a liberdade, a originalidade e a singularidade da condição marginal, como foram colocadas pelo platonismo, ao inscrevê-las no plano da moral, para elevá-las e valorizá-las no lugar onde são apreciadas, no plano da estética, onde imperam, majestosamente, a criatividade e os processos de criação. Desse modo, fazer a reversão do platonismo na clínica corresponde exatamente à mudança do clínico de uma posição metafísico-moralista para uma postura ético-estética, na qual o clínico deixa de fazer julgamentos morais, intelectuais ou conceituais para acompanhar seu paciente no fluxo da vida, perguntando apenas pelo sentido (2006, p.67).

Os processos de produção de subjetividade implicam análise e crítica dos modelos de pensamento instituídos e compromisso político (BENEVIDES, 2005).

Para a autora,

cabe a nós, psicólogos, [conhecer e] decidir com que movimento nos aliamos [consciente ou não], quais movimentos inventamos, quais intercessões fazemos entre a Psicologia e o SUS, entre a Psicologia e as políticas públicas (BENEVIDES, 2005, p.24).

Assim, fazer clínica implica percorrer espaços em crise, do que não é totalmente isto ou aquilo, dos processos que se dão a partir do “e” de forma fluida e modular, dar-se conta da experiência com os afetos e das afecções vividos nos encontros.

A clínica, com o social e com a história, está também comprometida com

o plano de produção ou de individuação sempre coletivo e que é indissociável do domínio da realidade individuada. Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada, apostando nos processos de produção de si e do mundo. Neste sentido, o conceito clínico para nós mais importante não é o de sujeito, mas o de produção de subjetividade (p.6).

A clínica transdisciplinar fala do entendimento a partir do “entre”, no “e”, em seu sentido conectivo, desse lugar onde forças se entrelaçam configurando uma rede e, daí, emerge a subjetividade. Um tecido, uma rede. Deleuze e Guattari (1995) propõem, como metáfora, a imagem de um rizoma, pois

“um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção “e... e ... e”. Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. *Entre* as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.37, grifo do autor).



## 6 O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: Experiências e Percepções

*Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho  
(produtos e produtores das cenas, em ato),  
os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam,  
nos modificam, produzindo abalos em nosso 'ser sujeito',  
colocando-nos em permanente produção.  
O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais,  
pessoas reais e equipes reais.  
(CECCIM, 2005, p.167)*

*"Ensina-se sobre o que se pesquisa e não sobre o que se sabe"  
(DELEUZE, 1988, p. 18)*

Este estudo objetivou apreender vivências e percepções de psicólogos, quanto às suas práticas em programas de atenção domiciliar no sistema público de saúde, nas modalidades PSF e assistência domiciliar, bem como o que consideram como qualificações pessoais e profissionais para atuação, tendo como núcleos temáticos: **As experiências e qualificações para atuação na atenção domiciliar.**

São aqui apresentadas categorias relacionadas às experiências de atuação como: primeiras impressões do psicólogo no campo, a sensação de despreparo, o aprendizado com as experiências, suas considerações sobre intervenções nesse contexto, suas relações com a equipe de saúde, impressões gerais, o adentrar o domicílio, o pensar clínico, reconsiderações teórico-técnicas e sobre a formação, e, pensamentos sobre a qualificação para o exercício profissional nesse cenário. As discussões com as narrativas são pautadas no referencial teórico adotado objetivando conhecer a postura adotada pelo psicólogo nas experimentações vividas no campo da atenção domiciliar

### 6.1 Procedimentos

A organização do processo de análise dos dados seguiu as etapas:

1. Os relatos foram desmembrados em dois grupos de unidades de contexto conforme os perfis dos entrevistados;

2. As unidades de contexto de cada grupo foram agrupadas a partir de suas articulações com os objetivos do estudo;
3. Revisão, que extraiu unidades de registro em torno dos temas de interesse configurando, assim, os dois núcleos temáticos de categorias e subcategorias, dentro de cada perfil;
4. Após nova revisão, decidimos por reagrupar os achados num único grupo, mantendo os dois núcleos temáticos, considerando que assim os interesses do estudo seriam mais bem contemplados.
5. Por fim, as categorias e subcategorias de cada núcleo temático foram discutidas segundo os objetivos da pesquisa e do referencial teórico.

Mesmo que os dois grupos estudados tenham lógicas de atuação diferentes, que foram consideradas plenamente, as categorias surgiram com conteúdos muito semelhantes, o que possibilitou tal procedimento de organização e análise dos dados.

## 6.2 As experiências

### 6.2.1 Primeiras impressões: (Des)Rotinas

Um entrevistado relata a **inquietação da equipe** pela presença do psicólogo nas rotinas de atuação e a possibilidade de atuar, também, como psicoterapeuta de seus componentes.

*... quando eu cheguei fui muito bem recebida e havia uma expectativa, assim, de que tanto atendesse os pacientes como a própria equipe, né ..., então, tinha umas falas assim, “ai que bom, agora a gente tem psicólogo, pros paciente e pra gente também, né...” Ai eu fui falando “não, pera aí, não*

*é bem assim, (risos)... não dá pra ser terapeuta da equipe sendo parte da equipe, vamos separar as coisas... (P2).*

Os entrevistados narram o espanto vivido nas primeiras experiências no campo da atenção domiciliar e a constatação de que os aportes teóricos convencionais não deram o suporte necessário à atuação. Descrevem sensação de **despreparo nos primórdios de suas atuações**, pelo desconhecimento das possibilidades de atuação no campo e dúvidas surgidas na experimentação. Um entrevistado cita como inusitada a quebra do *setting*, ente clássico das abordagens de cunho clínico-intimista<sup>43</sup>.

*... foi um pouco assustador (risos), porque sabia que ia ter que fazer algumas experimentações, não tinha nada muito específico sobre como atuar... (P2).*

*... na verdade, não sabia que existia [o campo de atuação], nem sabia nada sobre assistência domiciliar ... foi um susto no começo, porque não tinha nenhum modelo, né, de atendimento pra se fazer no domicílio...(P2).*

*... no começo tudo era um desafio, né, como eu te falei, criar um modelo ou imaginar como seria esse atendimento, né, não ter absolutamente nenhuma noção de como fazer, é um desafio grande...(P2).*

*... especificamente na assistência domiciliar o meu impacto maior foi que eu não sabia nada [sobre como atuar]... (P6).*

*... agora, o psicólogo ir à casa é um imaginário muito grande que surge assim, né ... os próprios profissionais ficam muito em dúvida ... "até onde que eu posso ir? né... aonde que vai a minha intervenção? aonde que não vai?... o que cabe num atendimento domiciliar, numa visita domiciliar? (P3).*

*... As visitas domiciliares ...e... foram... uma novidade bem grande (ênfase na fala), assim, pra ser sincera porque muitas das visitas eu não fazia sozinha...(P5).*

*... a quebra do setting [clássico], assim, foi o primeiro ... choque (risos) (P5).*

A fala a seguir demonstra a representação romântica, liberal e disciplinar do entrevistado em relação ao próprio papel profissional.

*... eu comecei a fazer as visitas domiciliares assim, eu achei... que não era uma coisa pra psicólogo ... sabe quando você tem a sensação de "putz, o que um psicólogo vai fazer na casa da pessoa?" ... eu vou chegar lá e vai ter um monte de gente, né... e... e não vou fazer... não dá pra atender um individuo dentro da casa dele com um monte de gente ... (P5).*

---

43 As narrativas demonstram a orientação dos entrevistados na lógica da clínica privada, marcada pelas inscrições romântico, liberal e disciplinar, em suas formas de pensar e intervir.

Estas impressões são pertinentes à experimentação num campo estranho e desestabilizador dos modelos e ferramentas de intervenção convencionais. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2006), em seu manual de orientação, refere que a prática é pouco conhecida e suscita dilemas diversos.

*... eu não tinha aquele local ... de tudo aquilo que a gente chama de setting né... eu não tinha aquela sala bonitinha (risos), aquele divã (risos) ...e... iluminação adequada, ventilação adequada, sem barulho, o mínimo de estímulo possível, né... não tinha nada disso no domicílio (P6).*

Os entrevistados demonstram que **aprender com as experimentações**, pensar a intervenção de forma diversa, adaptando estratégias, foi a iniciativa desenvolvida. “Criar”, um verbo muito citado, sugere a primazia da experiência em relação à tentativa do enquadramento teórico, *a priori*.

*...susto mesmo era como atuar (risos)... nessa área tão específica e tão diferente, então foi meio...é...no começo foi estranho, né..., porque era um trabalho que tinha que ser construído ao mesmo tempo também era um desafio ... e tinha o seu lado bom, porque aí eu poderia fazer a coisa mais ou menos do jeito que eu preferir, já que não tinha um modelo prévio pra eu seguir...(P2).*

*... eu fui trabalhando muito através da observação mesmo, né ... (P6).*

*... você tem que inventar ... você tem que criar ... não tem jeito ... (P4).*

*...é você criar ...é... algumas formas pra trabalhar, NE... (P6).*

*... você encontra entrave, mas você tem que criar ali na hora ... (P4).*

*... eu construí um aprendizado né... em domicílio, que não tem em livro nenhum... (P6).*

Neves *et al* (1993) assinalam que as práticas nas instituições públicas de saúde assumem muitas configurações, caminhos que se bifurcam sem cessar, em função das complexidades vividas pelo homem contemporâneo. A prática do psicólogo surge como mais um caminho que provoca reflexões quanto aos modelos hegemônicos<sup>44</sup> de práxis e produção de saber na área da saúde.

Os colaboradores comentam como as práticas foram se delineando e ganhando forma, a partir das experimentações ocorridas em cada intervenção.

---

44 Modelo romântico-liberal e humanista (valorizando a interioridade e a busca da “verdade interior”), inscrito no auge do regime disciplinar e na lógica do nilismo reativo, século XIX.

*... então, aí [a partir da experiência] foi ficando mais ou menos um modelo de atendimento na minha cabeça que era fazer uma avaliação inicial, né, um psicodiagnóstico com o paciente e cuidador e aí veio onde eu tinha que focar o trabalho... seria no paciente ou no cuidador quem precisaria mais do atendimento psicológico ... (P2).*

*... com a experiência eu fui criando algumas formas pra poder tá atendendo esse paciente, né ... (P6).*

*... por exemplo, no meu jeito de trabalhar, se o telefone tocar (risos), eu vou deixar a pessoa parar de conversar comigo e atender, porque eu percebo que ela fica muito angustiada com essa história de telefone tocando e a gente conversando ... (P2).*

Laham (2004) afirma que a imprevisibilidade é constante nas intervenções em domicílio, como não saber se o lugar estará disponível para o atendimento, quem lá estará, vai sentar ou ficar de pé, a campainha vai soar, o telefone tocar, alguma visita chegar. Cabe ao psicólogo utilizar-se da criatividade para mediante os sinais, utilizar a forma possível de intervir.

Que práticas psicológicas emergem daí? Benevides argumenta

que “é impossível pensar em práticas dos psicólogos que não estejam comprometidas com o mundo, com o país em que vivemos, com as condições de vida da população brasileira, com o engajamento da produção de saúde que implique a produção de sujeitos autônomos, protagonistas, co-participes e co-responsáveis por suas vidas (2005, p.23)”.

Os colaboradores relatam que as experimentações ajudam a construir algumas concepções. **Para que serve a visita domiciliar?** A intervenção em domicílio pode servir a diversos fins, independente de algum objetivo pré-estabelecido, sendo terapêutica e resolutive<sup>45</sup>.

*... a visita domiciliar, ela tinha três aspectos bem definidos: ela poderia servir de prevenção, de promoção ...é... e dentro de uma ação específica naquele momento, ela poderia servir de momento terapêutico também específico resolutivo naquele momento principalmente visitas domiciliares em que era preciso fazer uma orientação sobre os casos de saúde mental que às vezes uma pessoa da família tinha ou quando era algum conflito é ... imediato ocorrido na família (P1).*

---

45 Segundo o paradigma ético-processual, qualquer contato é uma intervenção produtora de afecções mútuas, engendrando fluxos em rede.

A visita domiciliar contribui para fortalecimento dos vínculos entre pacientes e serviços de saúde, para conhecer o paciente em sua moradia, hábitos, comportamentos e rede de relacionamentos.

*... então na verdade a visita domiciliar ela ajudava a estruturar o leque de opções que a gente oferecia na comunidade ... uma visita domiciliar ela pode servir de vinculação do usuário ao serviço, ela pode servir de... de... conscientização da família acerca daquele usuário [com problemas de saúde mental], ela pode servir de prevenção a alguns agravos [de saúde] ... (P1).*

*... criando vínculo ... porque assim, o grande ganho de poder ir à casa é fazer vínculo de uma forma diferente, porque você conhecer a pessoa no posto é uma coisa e você conhecer a pessoa na casa dela é totalmente diferente e você entende muita coisa por que é assim ... por que pensa essas coisas ... por que toma essas atitudes, morando no lugar que mora, tendo os vizinhos que tem, a família que tem, como se relaciona em casa, conhecer uma família sentadinha dentro de um consultório e dentro da sala de atendimento do posto é totalmente diferente do que conhecer ela na casa dela, né... (P3).*

*... as visitas domiciliares são muito diferentes, dependendo da necessidade que é identificada ... eu fazia visitas domiciliares regularmente ...é... assim, mais como uma forma de formação de vínculo mesmo... (P5).*

Lancetti assinala que “o percurso clínico pelo território geográfico e pelo território existencial com as pessoas que pretendemos ajudar imprime uma intensidade e uma vertigem à experiência<sup>46</sup> que funciona como um antídoto ao corporativismo e à estreiteza dos profissionais<sup>47</sup>”, abrindo perspectivas para reflexões críticas quanto à sua postura (2006, p.52). O autor refere à desestabilização das referências comuns ao psicólogo marcadas pela perspectiva da interioridade e da tendência a se embotar em sua “inquestionável especialidade”

Os entrevistados relatam **participação nas visitas domiciliares** para conhecer o paciente, o ambiente domiciliar, os familiares e suas dinâmicas relacionais para, posteriormente, contribuir com seus pareceres nas discussões de caso.

*... começava pela visita a primeira intervenção, o primeiro contato era a visita... (P3).*

---

46 Bezerra Junior (2006) cita que o *pathos* (sensações vividas) precede o *logos* (pensamento), valorizando “a experiência” como fio condutor das intervenções.

47 Este autor demonstra em seu comentário os efeitos da posituação (nilismo ativo) no âmbito das sociedades de controle. Aqui habita uma perspectiva clínica e ética que desestabiliza o desenho “da interioridade”.

*... o médico geralmente é quem encaminha um paciente pra avaliação [do programa de assistência domiciliar] ... então, a gente faz uma primeira entrevista [domiciliar] pra conhecer o ambiente, conhecer o paciente, avaliar se vai incluir ou não [no programa] (P4).*

*... a avaliação inicial [atualmente] é da enfermeira ... das condições de saúde dessa pessoa e também uma avaliação ainda do psicólogo, né... da minha parte eu pego muito mais a parte da dinâmica familiar (P4).*

*... conhecer todos os pacientes quando possível ... eu faço a visita de avaliação pra eu poder participar da discussão de caso, pra eu saber que caso eles tão falando, de que paciente, de que família, né... então, eu procuro fazer isso senão você fica muito por fora e aí acho que é impossível, né...(P6).*

Laham (2004) e Souza (2000) assinalam que cabe ao psicólogo participar das ações da equipe no domicílio para contribuir com o seu ponto de vista do processo vivido pelo paciente, cuidador e familiares e na elaboração das estratégias de cuidados.

**Nas intervenções a imprevisibilidade é o padrão**, abrindo possibilidades para iniciativas criadoras de recursos interventivos e indispensável prontidão para inovações.

*... Você faz um diagnóstico ... que ...você tá ali com a situação e você vai vendo o que é que você vai trabalhar ali e o que é que você tem conquistar pra fazer o seu trabalho da dinâmica [familiar]... (P4).*

*... o que eu aproveito bastante é trabalhar ali, na hora, todo o conjunto, não só o paciente, eu trabalho com o cuidador enquanto a gente tá lá ... às vezes não é nem o paciente, às vezes é o cuidador que você tem que dar uma atenção ...e... né... pra que ele possa cuidar bem do paciente dele ... ali do familiar ... (P4).*

*... eu fui percebendo que ali no domicílio, apesar do meu foco ser o paciente, né... eu tinha toda uma família, as relações familiares, a importância da orientação do cuidador, né... eu fui percebendo que tinha que criar algumas técnicas específicas... (P6).*

Um entrevistado narra sobre **a importância do cuidador** no processo de cuidado dirigido ao paciente. Esse é ator de fundamental importância no contexto da assistência domiciliar. É comum apresentar crises psicológicas por dificuldades em lidar com sentimentos de culpa, raiva e medo e descompensações orgânicas que derivam do estresse vivido com o acúmulo de tarefas a cumprir e pouca disposição para cuidar de si próprio (LE MOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

*e o que é muito gritante e muito importante pra gente é justamente o cuidador ... que é ... se a gente não ter, não pode contar com o cuidador, é muito difícil fazer a recuperação desse paciente ... (P4).*

O contato direto, constante com chagas e odores corporais, testemunhando gemidos e expressões de dor, os esforços físicos empreendidos para deslocar um familiar acamado e dependente no próprio leito para banho e trato de feridas, a busca de contato com os familiares, fazem com que o cuidador desenvolva processos de estresse crônicos com sintomas físicos e psicológicos.

O cuidador deixa de viver sua vida em função dos cuidados ao familiar adoentado, muitas vezes isolado pelos outros familiares que tendem a se afastar das cenas de sofrimento, afora os constrangimentos constantes provocados por comportamentos impróprios do paciente que desenvolve síndromes demenciais. Lemos, Gazzola e Ramos (2006), em seu artigo, referem sentimentos de raiva, tristeza, culpa, medo e sintomas de ansiedade nos discursos do cuidador.

## 6.2.2 O psicólogo e a equipe de saúde

Para os entrevistados, o psicólogo, no contexto da atenção domiciliar está inserido num território onde a prática, o pensar e **o discurso hegemônico** seguem a lógica biomédica<sup>48</sup>.

*... e eu tive que começar a me familiarizar com alguns termos médicos... então, a paciente vai fazer a gastrostomia... opa, o que é isto?... como alguns procedimentos que eu tive que ir me familiarizando... (P2).*

A intervenção psicológica precisa, também, propor adesão à conduta indicada pela equipe de saúde.

*... às vezes vem um encaminhamento dessa forma, era pra adesão ... (P4).*

*... e a gente assim trabalha muito com a questão da adesão, né... se adere ou não ao tratamento ... a gente trabalha muito com essa questão mesmo em domicílio (P4).*

---

48 Tal ascendência do pensamento biomédico na área da saúde é sintoma do contemporâneo, onde prevalece o intenso investimento do capitalismo neoliberal no mercado da vida, da saúde, do culto ao corpo, imagens idealizadas e o conseqüente processo de produção de subjetividades.



*... o psicólogo vai promover essa adesão...[representação da equipe] (P4).*

Cuidar é, também, trabalhar para a adesão, para a autonomia, positivação das experimentações à busca de novas possibilidades (Pelbart, 2006).

Aguiar alerta para a tendência à biologização do discurso do profissional da saúde, sintoma do processo de medicalização dos problemas sociais, “vistos sob o prisma da medicina científica como “doenças” a serem tratadas” (2004, p.134), determinando práticas e discursos que engendram novas maneiras de os indivíduos entenderem, regularem e experimentarem seus corpos e sentimentos.

*... cada vez mais pessoas incorporam o vocabulário neurocientífico ao modo como experimentam a vida, traduzindo seus sentimentos, suas motivações, seus desejos, seu caráter, seus corpos, e pensamentos como, por exemplo, “baixa de serotonina, recaída da depressão, alteração da dose do antidepressivo”. Trata-se da veiculação midiática de um discurso que produz subjetividades “medicalizadas” (p.137, grifos do autor).*

O conhecimento dos jargões do discurso biomédico é importante para o psicólogo compreender o diagnóstico e evolução clínico-orgânica do paciente, ou mesmo a perspectiva da equipe quanto ao cuidador ou familiares, entretanto, é preciso atentar às lógicas que permeiam os diálogos e jogos micropolíticos, exercitando a capacidade crítica quanto ao discurso implícito nas estratégias de cuidados (BENEVIDES, 2005; NEVES; JOSEPHSON, 2002).

Soares (2005) lembra que é importante ao psicólogo discernir quanto às lógicas implícitas em suas atuações para evitar as armadilhas do “medicalismo” ou “psicologismo”.

Os depoimentos seguintes relatam as **impressões de atuar e relacionar-se com a equipe**, bem como sobre a eficiência do trabalho definido como interdisciplinar.

*... a minha experiência mais rica com esta equipe é que dá pra se fazer um trabalho interdisciplinar... não é um paciente que você coloca como ... bom... é não é só da psicologia ... (P4).*

*... o trabalho interdisciplinar, ele é muito bem-vindo para o atendimento domiciliar porque você tem que entender um pouco também do que o seu colega vai fazer, não que substitua, mas pra que fique integrado assim como não é um trabalho só com o paciente, você também trabalha com a família, então, a integração tem que ser com a família e com o resto da equipe ... (P4).*

Os entrevistados consideram a disposição para **atuar em equipe** vital à integração, possibilitando **o diálogo**, o respeito ao saber do outro e o prazer pela construção conjunta da intervenção.

*... acho que tem que ser alguém aberto a trabalhar em equipe... que esteja aberto a interagir com as outras pessoas ... (P2).*

*então respeitar o saber do outro, né... e jogo de cintura assim ... você também tem que ter com a equipe, agora, na equipe, eu acho que essa questão do respeito da comunicação ... (P6).*

*... a gente foi descobrindo juntos, e conversando como seria a melhor forma de fazer, a melhor abordagem, então, não é assim que eu entrei num grupo que já sabia, ah... resolver vários problemas e fazer várias coisas e eu tinha que me encaixar ... acho que foi um trabalho que foi sendo construído junto... (P2).*

*... como dá pra se trabalhar em equipe, né... e você pode intervir junto, né... você acompanhando o que tá acontecendo ... (P4).*

*... o que um não viu o outro pode ver ... por isso é muito rico trabalhar em equipe ... e é um trabalho continuado ali ... é uma dinâmica ... (P4).*

Os entrevistados afirmam que **reuniões de equipe** freqüentes fazem parte da rotina dos programas de atenção domiciliar. A participação do psicólogo nas discussões dos casos (das características físicas do ambiente, evoluções do quadro orgânico e dinâmicas relacionais) colabora para o delineamento das estratégias de cuidado.

*... nós tínhamos reuniões diárias e multiprofissionais onde se falava dos pacientes, do que aconteceu com eles, da parte física, né, da doença orgânica e falava um pouco do ambiente que eles viviam, quem era o cuidador, como era a relação familiar... (P2).*

*... na reunião de equipe a gente trocava, né... as figurinhas, “ah! gente, me chama a atenção a dinâmica dessas pessoas, né... por causa disso, por causa daquilo”... porque eles tentavam aproveitar essas informações pra entender esse processo saúde-doença da família...(P3).*

*... nós debatíamos o caso em equipe, assumíamos o caso na equipe e a visita domiciliar era uma das estratégias lançadas ... pra promover o cuidado em saúde ... então, havia casos de família ou indivíduos que... requisitava-se uma visita domiciliar [do psicólogo] ... (P1).*

*... era discussão com a equipe e tratar de uma estratégia terapêutica (P5).*

As narrativas demonstram que emergem dessas reuniões **solicitações para o psicólogo intervir**, principalmente no que tange à compreensão das dinâmicas relacionais das famílias.

*... então, se algum deles [equipe] falava assim, “tem uma família que eu queria que você visse pra você sentir a dinâmica familiar ... como é que as pessoas se relacionam com o espaço ... como eles cuidam um dos outros” ... “Tá bom!” ... eu ia, fazia essa observação... (P3).*

*... e uma vez por semana tínhamos uma reunião mais ampla, né ... nessas reuniões de equipe a gente lincava casos pra fazer as visitas domiciliares ... (P5).*

Segundo Laham (2004) e Souza (2000) nas reuniões cabe ao psicólogo trazer a subjetividade do paciente, cuidador, familiares, bem como pontos observados da dinâmica relacional, com a intenção de auxiliar na construção das estratégias de cuidado.

Lancetti (2006) relata que saía junto a equipe com o propósito de reforçar a relação terapêutica entre os atores dinamizando o vínculo afetivo. As discussões em equipe eram muito ricas e propiciavam idéias, revelações e informações que não poderiam ser consideradas nos espaços da unidade de saúde ou hospital.

**A experiência com o agente comunitário** se dá nas ações do PSF. É considerado personagem decisivo para inserção no território e na elaboração das estratégias de atuação por conhecer a o território e a comunidade.

As narrativas demonstram seu prestígio e influência no contexto do serviço de atenção domiciliar.

*... o agente comunitário trazia o caso que ele achava interessante pra psicologia dentro da reunião de equipe ... (P1).*

*... a agente comunitária começou a me sondar perguntando como é que era síndrome do pânico... e aí ela me trouxe, né... logo no começo “olha, tem uma pessoa que eu faço visita na casa... que eu conheço ela, mas ela não vem no posto, né... porque ela não sai de casa e ela precisava de um atendimento psicológico (P3).*

*... eu pedia para as agentes comunitários sempre trazerem os casos na reunião para discutir, ver se era pertinente ou não ... (P5).*

*... então, nós agendávamos com o agente comunitário já delimitando o foco é... da visita domiciliar na reunião de equipe, que caráter que essa visita domiciliar ela teria dentro da atuação e íamos ate a casa das pessoas (P1).*

*... eu me organizava com os agentes comunitários, eu me agendava, assim, com os agentes comunitários... (P3).*

*... eram cinco agentes comunitárias, cada semana eu saía com uma ... então, a cada cinco semanas elas me tinham por um período pra ir com elas ... e aí ficava a preparo delas [a organização da visita] se elas quisessem fazer as visitas que elas tinham que fazer e eu acompanhar? ...eu acompanhava ... se elas quisessem me levar numa família especificamente pra identificar que tinha demanda ... eu ía na demanda que elas identificavam como de psicologia, porque muitas vezes não era, algumas vezes era...(P3).*

*... porque o agente comunitário conhece a realidade da comunidade, né ...ele conhece um pouco mais sobre a família, né ...claro que, muitos agentes comunitários, não posso dizer que todos, não têm um preparo, né... são pessoas, assim, que fazem parte da comunidade também e têm certa dificuldade de filtrar as informações ... de serem ...e... de não se contaminarem com as percepções deles mesmos... (P5).*

Lancetti (2006) assinala que o agente comunitário pode circular pelo território com mais liberdade, como conhecedor da cultura local e representante do programa de saúde o que lhe permite vislumbrar detalhes não percebidos pelos profissionais de saúde.

Feuerwerker e Merhy acrescentam que

*na maior parte das vezes, é dos agentes e de suas invenções que brota a alegria e o entusiasmo que chamam a atenção nos encontros das equipes de saúde da família [...] É o que produz mais fortemente a ligação entre população e unidade de saúde, apesar de, muitas vezes, sua voz não ser escutada dentro das equipes que tentam reduzi-lo a um mero reprodutor do modelo hegemônico (2008, p.186).*

### **6.2.3 Adentrando o domicílio: interações e intervenções**

As visitas domiciliares podem ser realizadas pelo psicólogo sozinho ou **com outros integrantes da equipe.**

*... então ela [visita domiciliar] poderia ser individual só feita pelo psicólogo ou poderia ser multiprofissional feita por outros profissionais, né... então freqüentemente nos íamos ate as famílias, até a casa das pessoas, é... com outros profissionais também ... (P1).*

*... nessas visitas domiciliares você sempre vai com um agente comunitário de saúde, né... ou então ia junto com outro profissional, né... e acabava se tornando meio que uma visita multiprofissional ... (P5).*

*... no momento em que é uma orientação, talvez outras pessoas da equipe possam participar também...(P2).*

*... o assistente social pode fazer junto comigo a sua orientação e ajudar a pensar a organização familiar...(P2).*

*... a enfermeira tá dando uma orientação e eu percebo que o paciente não tá entrando muito ... aí eu entro pra que ele [o paciente] perceba o que ele tá fazendo ... minha experiência clínica... é de um trabalho ... trabalho que poderia ser feito na casa, a domicílio e com uma equipe...(P4).*

*... você não pode dizer que você tá trabalhando com dinâmica familiar, se você não tem esse respaldo da própria equipe ... se você não trabalha em equipe, como é que você vai trabalhar a família? ... (P4).*

*... então, comecei a trabalhar muito com o fisioterapeuta, né... (P6).*

*... comecei a trabalhar muito com a assistente social fazendo grupos psicossociais...(P6).*

As narrativas demonstram ações que permitem aos profissionais atuarem simultaneamente ou assistirem ações uns dos outros. Relatam sentimentos de satisfação pela experiência de atuar em parceria com outros profissionais.

A integração profissional, além de importante para o sucesso do programa, é uma experiência positiva na trajetória profissional. Um entrevistado assinala que a interação pode ser dificultada pela focalização no procedimento técnico.

*... fiz muitas visitas junto com um farmacêutico ... eu achei o máximo fazer visita com farmacêutico, porque eu não tinha noção do que um farmacêutico poderia fazer numa visita domiciliar, né... e... e assim, aprendi muita coisa ... (P5).*

*...[Na VD] não tinha aquele momento de agora você vai sentar com o psicólogo, agora vai sentar com a fisioterapeuta, agora você vai sentar com o médico, na verdade eram os profissionais intervindo juntos né, então se pressupunha um afinamento entre os profissionais, né, e uma noção da profissão do outro, né, então, você começava a ter esse momento interdisciplinar, né ... (P1).*

*... eu digo agora que depois que eu comecei a trabalhar com saúde pública, eu não sei mais trabalhar sozinha ... embora eu tenha um consultório, assim eu não consigo mesmo no meu consultório trabalhar sozinha ... eu tô sempre pensando em outros profissionais ... (P5).*

*... pra mim, na verdade um trabalho só fica bom mesmo se for multiprofissional né, mas é muito difícil, é muito difícil colocar em prática, porque as pessoas ficam presas assim<sup>49</sup> ... (P3).*

---

49 Ficam dúvidas quanto ao entendimento desse entrevistado sobre o termo “multiprofissional”. Em se tratando de dificuldades na interação entre os membros da equipe, entendemos que é pertinente essa possibilidade devido à tensão vivida, quando coexistem duas perspectivas: a tendência disciplinar e suas

Laham (2004) afirma que esse momento é excelente oportunidade para conhecer a prática de outros profissionais, observando-se mutuamente, podendo também ser motivo de incômodo por despertar fantasias de censura e medos de julgamento.

É considerado possível **raciocinar clinicamente e intervir junto**, em compasso com outro profissional da equipe.

*... vamos chamar entre aspas este setting [ambiente familiar e presença da equipe], um campo de trabalho onde entra a parte técnica mesmo e você vai tendo um raciocínio clínico do que você pode fazer, aí onde você tem que entrar pra facilitar [numa atuação conjunta com a equipe] e conseguir viabilizar este tratamento...(P4).*

As **intervenções junto às famílias** são ponto de partida para compreensão dos acontecimentos e alinhamento das estratégias.

*... na verdade eu tinha um fluxo que eu fiz pra mim que deu certo ... eu só comecei a pensar num atendimento ... uma intervenção com uma família depois de uma visita ... (P3).*

*... colhia toda história na visita e aí eu ia pra casa [da família] ... eu ia pra casa deles pra tentar entender isso, né ... a partir dessa informação tentava fechar um diagnóstico pra tentar pensar numa intervenção terapêutica... (P3).*

*... normalmente eu uso a visita domiciliar mais como uma forma de conhecimento, triagem e intervenção familiar do que individual... (P5).*

*... e... essas visitas ... elas acabavam servindo muito pra conhecer um pouco mais a dinâmica familiar, né... (P5).*

*... a gente fazia um genograma<sup>50</sup> ... vê quantas pessoas moram na casa ... quais são as afinidades entre as pessoas, enfim ... a dinâmica familiar de um modo assim bem prático... (P5).*

Para Lancetti, “essas famílias nunca tinham sido visitadas por alguém que supostamente sabe o que acontece com elas e as faz sofrer, que se interessou por elas” (2006, p.102).

---

fronteiras rígidas com respectivos jogos de poder no exercício das relações; e as atuais com suas características como diluição de fronteiras, aceleração continua e contatos em rede, exigindo uma clínica onde vários saberes possam “surfear” simultaneamente.

50 Genograma é uma técnica diagnóstica auxiliar onde são mapeadas várias características da família (genealógicas e tendências dos processos de adoecimento, entre outras).

O autor evita a noção de “família desestruturada”, patologizante e naturalizada, característica epistêmica do modelo biomédico. Cabe “ao psicólogo compreender as deposições, a divisão do espaço e as repetições no funcionamento do grupo que permitam caracterizar o perfil psicodinâmico de uma família” (p.102).

A família, como instituição, não pára de mudar. Existem muitas formas de família numa mesma família e “assim como um grupo familiar é um grupo com potencialidade de cuidado, tolerância, solidariedade e cooperação, também na família é que habita, como Freud ensinou, o *sinistro*” (p.111, grifo do autor).

É importante o **conhecimento das perdas simbólicas e cuidados paliativos**. No cenário da atenção domiciliar exercida pelo PSF ou assistência domiciliar, o convívio com situações de sofrimento intenso, perdas e morte é freqüente.

*... você saber lidar com essas questões de perda, de luto, né... não é só a morte real, né... você têm que saber lidar com todas essas perdas secundárias que vem com a doença, né... a perda da saúde, a perda da autonomia, perda da independência e já que a gente tem que ter o mesmo entendimento, né... (P6).*

*... então, eu acho que a gente tem que conhecer essas mortes simbólicas, né... e por outro lado muitos desses pacientes que estão acamados eles têm também doenças crônicas, né... e que se encontram em fase final de vida e aí você tem que aprender a lidar também, né... com luto antecipatório dessa família, né... você tem que ter facilidade pra conversar sobre o luto com o paciente, atender os desejos, facilitar as despedidas e orientar depois sobre a morte, né... (P6).*

Para Souza, Shimma e Nogueira-Martins (2006), toda perda desencadeia um processo de luto, um conjunto de reações e os profissionais da atenção domiciliar devem estar preparados para ajudar os pacientes a lidar com tal processo, pensar em estratégias, para diminuir seus sofrimentos psíquicos e auxiliar na reinvenção de suas identidades e reorganização da vida.

#### 6.2.4 Intervenções clínicas no domicílio: reconsiderações

Os colaboradores relatam **impressões de estranhamento e dificuldades**, ao defrontar-se com o novo cenário de atuação, considerando necessário o **desprendimento dos modelos**. (NEVES *et al*, 1993; SOARES, 2005).

*... parece que a visita domiciliar meio que te põe em xeque... é... a clínica tradicional que a psicologia propõe, né , é meio ...é...não dá pra ir ao domicílio e levar uma proposta de clínica ... encastelada pela psicologia (P1).*

*... essa coisa do setting... tem, né ... toda explicação, tem sua importância... na casa é outro tipo de adaptação ... (P3).*

*... tem que se desprender dessas...tem que se desprender, não dá, ir com isso fechado, “não vai ser um bom atendimento se não for naquele modelinho quadrado” [modelo clássico, de consultório] ... não, tem que se desprender, na verdade, é ir construindo né, não tem fórmula pronta e... é dar a cara a tapa ... (P3).*

Um entrevistado cita seu sentimento de impotência ao perceber a inaplicabilidade de seu aporte técnico-teórico.

*... essa flexibilização é muito difícil pra falar a verdade, assim, né [referente à leitura psicanalítica e à necessidade de adaptação ao momento]... porque você se vê impotente muitas vezes, né... que as suas ferramentas naquele determinado momento não vão surtir efeito ... os casos que a gente acaba pegando em visita domiciliar são muito complexos, né ... (P5).*

Os autores problematizam o distanciamento entre o saber e fazer, produções acadêmicas e práticas, considerando a realidade particular e social, propondo que os saberes instituídos sejam interrogados pela experiência que produz alternativas concretas (BENEVIDES, 2005; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; NEVES *et al*, 1993; SOARES, 2005).

Para um colaborador, no consultório, a clínica privilegia o discurso das fantasias e representações. No cenário da atenção domiciliar, a concretude das condições de vida atravessa as relações dos envolvidos, o que oferece outros subsídios para compreensão do acontecimento.

*... a gente num consultório, em clínica a gente trabalha muito com a fantasia, né... a gente trabalha com a realidade individual do paciente, com aquilo que ele verbaliza, com aquilo que ele traz, enfim ...e... e quando a gente faz uma visita domiciliar a gente tem o contato com a realidade*



*mesmo ... as pessoas com quem ele convive, são aquelas pessoas que ele fala num atendimento individual, e com as condições de vida, sociais, culturais, econômicas, né... (P5).*

Para Laham,

o atendimento psicológico em domicílio permite maior contato com a realidade concreta do paciente, havendo a possibilidade de se observar características da dinâmica familiar que não aparecem nos atendimentos nas instituições de saúde, que podem e devem ser utilizados como dados para o psicodiagnóstico (2004, p.7).

Conforme Dutra (2004), a visão clínica contemporânea prioriza o “enfoque intrapsíquico e os processos psicopatológicos do indivíduo, norteados por uma concepção de sujeito abstrato e descontextualizado historicamente” (p.382). Outra tendência é maior interesse e preocupação com o contexto social e “isto implica significativas alterações na concepção de sujeito e, conseqüentemente, novas interpretações das teorias psicoterápicas” (p.382), levando a pensar o sujeito na relação com o mundo natural e social, sem abstrair-lo do contexto em que vive.

Um colaborador cita a “clínica ampliada” como alternativa às concepções que valorizam o intrapsicológico, com ênfase nos aspectos relacionais, sociais e culturais.

*... e a partir dessa residência [curso] nós entramos em contato com a clínica ampliada... ela pressupõe uma clínica que valorize o indivíduo nas suas relações sociais... e é um conceito que auxilia na clínica domiciliar porque deixa de valorizar um pouco a coisa do... intrapsi, da coisa da interioridade psi, se passa a observar a relação desse indivíduo com outras pessoas, né o que tá entre os indivíduos, a questão das suas relações ...(P1).*

Segundo a cartilha do Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2003) “clínica ampliada” é um conceito de clínica que dilui as barreiras disciplinares e, em afecções mútuas pelos saberes, desenvolve uma leitura mais complexa dos processos de saúde-doença, privilegiando o acolhimento, o vínculo, a interação, levando em consideração a autonomia e participação dos usuários no projeto terapêutico, suas condições socioculturais e econômicas, as singularidades de cada processo vivido, equilibrar o cuidado com doença com a produção de vida, incentivando o desenvolvimento de recursos pessoais e viabilização dos institucionais como princípio das ações.

Os entrevistados enfatizam a imprevisibilidade e singularidade que marcam as ações no domicílio e fazem críticas à transposição de posturas de atendimento clínico para o cenário do atendimento domiciliar. São valorizadas a **capacidade de flexibilização dos aportes teóricos, a criatividade e a escuta.**

*... nós tivemos a experiência de uma psicóloga que foi, daqui do ambulatório, que foi atender na casa ... como que ela fez este atendimento? ... ela levou coisas daqui pra trabalhar na casa [do paciente]... é isso que eu chamo de um ambulatório [consultório] ambulante ... eu não entendo dessa forma ... (P4).*

*... [formas convencionais de atuação clínica] mas não tem essas experiências que a gente adquire em domicílio, não tem, né... esse jogo de cintura que você tem que ter no domicílio, né... de você muitas vezes não ter lugar pra sentar, né... muitas vezes você chega lá ... você encontra situações que nós não estamos preparados pra lidar, na psicologia, né ... (P6).*

*... Adaptar sempre ... (P4).*

Citam atendimentos singulares e destoantes dos modelos da clínica privada convencional.

*... eu não podia pedir pra todo mundo sair da casa, ficar no quintal ... as crianças, às vezes, ficavam junto com a mãe, né... era o cachorro que latia, né... não vou dizer nem telefone que tocava porque eram poucas até as casas que tinham telefone, poucas pessoas... (P6).*

*... e aí surgiram atendimentos inusitados, como do lado de fora da casa (risos), né, a equipe toda lidando com paciente lá dentro, e eu fora com cuidador de pé, né, do lado de fora da casa...(P2).*

Relatam a imprevisibilidade como característica marcante das intervenções em domicílio.

*... como vai ser com essa casa?... acho que essas novidades dos atendimentos de como vai ser cada atendimento (P2).*

*... cada paciente é uma história nova... é um local novo de atendimento, né, que tipo de casa eu vou encontrar?... vai ter um cômodo só? Né, tem vários cômodos? Eu posso ir para outro local com esse paciente ou cuidador conversar? Eu vou conseguir fazer um atendimento sem interrupções (risos)? Como é que eu vou lidar com isso na hora, né, com o cuidador que tá falando comigo e vem o filhinho dela chamar porque tá querendo almoçar e interrompe o atendimento...(P2).*

Os critérios dos atendimentos convencionais, como o tempo de intervenção, são desestabilizados e a escuta surge como balizador das ações.

*... você não tem mais o que falar ... estipular 50 minutos ... 20 minutos ... meia hora ... você não sabe o que vai dar ... eu não sabia no que ia dar, né ... então, não é assim que eu monto meu trabalho ... e aí tem ... aparece [a demanda], porque você pode entrar na dinâmica ... porque você tem uma escuta ... (P4)*

*... acho que o principal foi ter certa flexibilidade, né, porque acho que inclusive no começo da nossa atuação não só no hospital, domicílio, mesmo no consultório a gente tem a propensão a seguir modelos, né, fixos, ser um pouco mais rígido por conta da nossa insegurança mesmo (risos)...(P2).*

*... aí eu comecei a perceber que um atendimento de 20 minutos pode ser eficiente sim, né, tirar um pouco esses dogmas da cabeça ... “ah! não, se a gente ficar menos de 40 minutos com o paciente não dá pra fazer nada”... não é verdade, né... (P2).*

*... no domicílio extrapola ainda mais o modelo [clínico tradicional]... aí a gente vê que tem que adequar umas coisas e aí talvez a complicação fosse entender o quanto poderia ser um atendimento eficiente, se não seguisse aquele modelo rígido, né... que eu entendia do setting psicanalítico ... o que eu tenho visto é que um atendimento de 20 minutos às vezes é muito terapêutico, uma boa intervenção (P2).*

Essas falas demonstram que os entrevistados buscam novas formas de atuação, quando os modelos convencionais são desestabilizados e que aprenderam a conviver com incerteza, imprevisibilidade e desterritorialização. A busca pela proteção dos “modelos” teóricos é resultado do engessamento produzido pela obsessão ao pensamento científico como o “único” meio de apreender a realidade.

Pelbart (1993) adverte:

*Como fazer uma clínica, um modelo de clínica quando no fundo está todo mundo atrás do melhor modelo? Quando já custa um esforço tão hercúleo achar um modelo por que tornar-se um iconoclasta? [...] ao invés de perguntar se tal modelo “é verdadeiro”, “adequado”, se “corresponde”, “se representa” a realidade (psíquica, antropológica, etc.) perguntaríamos a que perspectiva tal modelo corresponde, isto é, de que tipo de vida tal modelo é sintoma, ou quais forças (ativas, reativas?) Forjaram tal perspectiva e com que interesse, no interesse de qual tipo de vida? [...] Se na nossa clínica formos apenas os embaixadores de uma saúde triste e asséptica, todo nosso esforço terá sido em vão, com poucas chances de vingar (p.25).*

Um colaborador considera “**intervenções breves e pontuais**” eficientes, dadas as circunstâncias do momento, do ambiente físico, do processo vivido pelo atendido e estratégia estipulada pela equipe.

Os colaboradores não definem o conceito “terapia breve” ou “atendimento focalizado”.

*... eu fiz umas visitas ...é... pra terapia breve assim, brevíssima na verdade ... (P5).*

*... mas muito focado [o atendimento] e muito direcionado porque não tem condições de ficar saindo uma vez por semana para fazer visita domiciliar pra terapia mesmo ... muito difícil isso ... (P5).*

*... os que precisassem eu ia trabalhar com uma psicoterapia breve, né, dependendo aí do caso, estabelecendo um número de sessões com algumas ressalvas ... [tendo] cuidado pra dizer ao paciente que eu pretendia (ênfase) ir lá uma vez por semana, mas que nem sempre isso seria possível...(P2).*

*... então acabou sendo uns atendimentos bem pontuais, né... e fui desenvolvendo algumas técnicas, né...(P6)*

Tenório acrescenta que o psicólogo só pode chegar a compreender o sujeito, sua família, a partir do momento “em que ele se permite ser surpreendido com algo novo que surge no encontro, questionando os seus conceitos *a priori*” (*apud* PIETROLUONGO; RESENDE, p.25).

Pelbart (1993), citando Felix Guattari, afirma que a heterogeneidade precisa ser criada, incitada, a fim de desestabilizar as formas universais de ser, caotizar o controle do estabelecido, buscando outros arranjos.

Para Ferreira Neto, é necessário pensar as práticas psi como técnicas de “si” modernas, mais no campo da ética que no campo da epistemologia. “Portanto, avaliar se caminham na direção de práticas de normalização ou na de práticas inventivas e liberadoras” (2007, p.182).

Problematizando essa passagem, indagamos: Existe uma ética independente e uma oposição entre ética e teoria?

O entendimento quanto à **demanda psicológica** sofre reconsiderações. Na atenção domiciliar o psicólogo vai ao domicílio por solicitações surgidas nas reuniões de equipe para discussões de caso e não por vontade daqueles que recebem a atenção do programa, conforme o entrevistado<sup>51</sup> (SOUZA, 2000).

*... você entra na casa, você não tem o paciente chegando a você, ao contrário ... você é que chega [ao paciente] ... (P4).*

---

51 Mais uma característica dessa nova clínica “a céu aberto”. Ultrapassar os muros das instituições (hospitalar e familiar) e adentrar o domicílio, muitas vezes, sem a solicitação dos habitantes. Tal ação é legitimada pelos saberes instituídos e tem o poder de controlar formas de conduta no domicílio. Tempos de sociedade do controle e da modulação do nilismo na atualidade.

Pode acontecer não aceitarem a intervenção do psicólogo ou não entenderem sua função. Sugerem explicar quem é o psicólogo, suas funções e o que pode oferecer naquela circunstância.

*... e a gente chega lá assim querendo acessar as emoções (risos), né, a pessoa olha pra você e fala “mas como, como assim? O que você veio fazer aqui? Não sei se... você vai me consultar?”... “não, vou conversar... conversar? como assim?” né ... que tipo de profissional é esse?... então, acho importante a gente explicar para as pessoas o que a gente faz... (P2).*

*... mas nem sempre vão querer o seu trabalho ... tem que ter a preocupação de explicar pro paciente o que a gente pode fazer, o que é o psicólogo e o que é que ele pode oferecer...(P2).*

As populações atendidas por programas de atenção domiciliar vivem, na sua maioria, em condições socioeconômicas precárias, com nível de escolaridade muito baixo, o que dificulta o conhecimento das funções do psicólogo. Quando muito, demonstram representações do senso comum, clinicalista e intimista (SOUZA, 2000).

A “escuta<sup>52</sup>” é valorizada como ferramenta nas intervenções em domicílio, acolhendo angústias surgidas no enfrentamento ao processo de adoecimento e perspectivas de morte.

*... mas o que não pode se perder é a escuta, né, é... que é própria do psicólogo e que outros profissionais não têm como acessar, mesmo porque não foram formados para isso... (P2).*

*... às vezes, a escuta só é uma grande intervenção... (P2).*

*... vamos dizer o paciente tá morrendo... só que ninguém parou pra escutar... ah, pra ele se é angustiante ou não, ele tá morrendo, se ele quer falar disso, a família não consegue escutar porque em geral eles barram, “olha, não fala nisso não, tá melhor”, né, ... a família se defende lá das angústias ... alguém [o psicólogo] que vai escutar e vai tentar compreender esse continente... não vai cortar o assunto dele e vai suportar a angústia com ele, então é uma grande intervenção... (P2).*

Escuta, para compreender a significação dada ao acontecimento.

*... o que aquela doença tá significando ali pra eles [família], como eles estão, né que recursos psíquicos eles tem que mecanismos de defesa são utilizados pra lidar, né, com a angústia que traz o adoecimento e também*

---

52 Atualmente, segundo proposta da clínica transdisciplinar, a escuta leva em consideração a desnaturalização das formas instituídas, dos atravessamentos socioculturais, do desejo encarcerado pela moral transcendente e normatizadora (NEVES; JOSEPHSON; 2002).

*em relação ao tratamento é uma coisa que a gente fica atento, né se tá conseguindo fazer o tratamento, se tá muito resistente se não adere as orientações, né, o que tá acontecendo aí a gente tem algumas hipóteses psicológicas, né, levanta algumas hipóteses que prá explicar essa não adesão, né e pra analisar isso junto com a equipe... (P2).*

A escuta possibilita perceber como o paciente está vivenciando seu processo de adoecimento, sentimentos, medos, esperanças, desejos, como o cuidador está vivendo o processo de cuidar de um familiar em parcial ou total dependência, seus medos com a iminência de perdas, de errar ou negligenciar os cuidados, não dar conta, perceber como os familiares estão vivendo o processo de sofrimento, como se organizam para auxiliar nos cuidados, como lutam, como fogem, etc. (LAHAM, 2004; PIETROLUONGO; RESENDE, 2007; SOUZA, 2000).

Segundo os colaboradores **a família** do paciente precisa de ajuda para organizar-se e adaptar-se às novas condições (LAHAM, 2005; SOUZA, 2000).

Os colaboradores afirmam que a psicoterapia familiar não é indicada, nem usual. As intervenções são denominadas como orientação quanto ao processo de adoecimento ou aconselhamento, quando está marcando a dinâmica relacional e interferindo nos cuidados.

Envolver a família nos cuidados ao paciente ajuda a alavancar as estratégias e atingir os objetivos. A intervenção familiar, como considerada pelos entrevistados, se dá conforme o desenho da clínica privada, o que demanda atendimentos regulares e uma família empenhada no processo, e, talvez por isso, a dificuldade em criar intervenções psicoterápicas específicas. Existem ações não nomeadas dirigidas à família, que não são consideradas terapia familiar. Ficam indícios que algo está sendo construído.

No ambiente domiciliar o cenário é outro. A família não solicitou a intervenção, não existe o controle de muitas variáveis que atravessam o momento, na maioria das vezes, não existe o compromisso dos integrantes da família com a proposta.

*... Né... eu acho que com a família você não vai fazer um trabalho psicoterápico, né... você pode fazer orientação, né... você pode fazer um aconselhamento, que são ações muito pontuais, né... (P6).*

*... quando acontecem atendimentos familiares é sempre quando eles estão interferindo de alguma forma com o tratamento do paciente ... (P2).*

*... quando você vai à casa ...é... não é um paciente que você tem, né... você sempre tem mais do que um ... três, quatro, né... e aí você tem que conseguir mesmo ...ah... separar, aprender a lidar com essa demanda da família porque você não tá lá pra fazer terapia família ... (P6).*

*... então, a gente tem que ter certo cuidado na orientação, na comunicação, tá sempre vendo o que a família entende, o grau de compreensão mesmo, o que eles sabem sobre a doença ... (P6).*

*... então, às vezes, sim, às vezes, até a gente promove... mas é raro isso promover um atendimento familiar, porque você vê que a doença tá influenciando a dinâmica familiar... (P2).*

*... e essa coisa de você tá atenta às relações familiares é outra coisa que eu acho que faz você também crescer muito, você amplia muito, né... o horizonte, porque não adianta você trabalhar só com o paciente ali, né... (P6).*

*... Incluindo o cuidador, não a família nuclear pai, mãe, né, filhos... abrindo a [concepção de] família pra quem convive mesmo, né... e quem cuida... (P6).*

Os entrevistados apresentam comparações entre suas concepções e experiências de atuação no domicílio, reconsiderando a noção de **setting**, e seu entendimento como uma “atitude” na relação com aquele que recebe cuidados, mais do que um ambiente físico, com encontros de horários fixos e frequência determinada.

*... eu acho que fui percebendo que o setting é muito mais amplo do que aquela coisa rígida, né dentro do formato que a gente conhece, mas o setting fala muito mais de uma atitude, né, do terapeuta ... de escuta, né aquela escuta pra qual a gente foi treinado que eu acho que isso não pode se perder...(P2).*

*... então esse setting que o psicólogo costuma ter, né ... o consultório a porta fechada, isso acaba se dissipando no atendimento [domiciliar] ... (P4).*

*... o primeiro [desafio] eu acho que é esse, né... você aprender a lidar com esse setting diferente, né... (P6).*

Ferreira Neto assinala:

[Foucault] denuncia a supervalorização do espaço do tratamento como centro e origem dos efeitos importantes que advirão na vida do paciente. Recusa a perspectiva que a vida fora do divã<sup>53</sup> só teria relevância e

---

53 Foucault, citado por Ferreira Neto (2007), em crítica aos pressupostos psicanalíticos cita a regra do divã onde “o acontecimento importante é apenas o que se dá no lugar e na hora da sessão analítica, no qual o poder do médico é amplamente exercido” (p.179). Essa crítica refere à prática da análise como instrumento normatizador e de assujeitamento, entendendo-se o médico como reproduzidor das formas de controle social.

pertinência na proporção em que atravessasse a decantação promovida pela sessão analítica (2007, p.179).

Laham acrescenta que é

importante o psicólogo hospitalar entender que, ao atender em domicílio, terá que ter *flexibilidade*, já que o modelo clínico clássico de atendimento não funcionará. Deve estar aberto a experiências diferentes daquelas com as quais está mais habituado na prática clínica tradicional. O *setting* domiciliar apresenta-se repleto de limitações (tempo, lugar, constância...), mas também comporta várias possibilidades de atuação não pensadas anteriormente (2004, p.6, grifo do autor).

**A privacidade**, mesmo nas intervenções em equipe, é considerada necessária, dependendo da circunstância.

*... em alguns momentos a gente tem que fazer um atendimento em separado e eles [equipe] não podem participar e outros momentos podem, então, assim, no momento que estou fazendo uma psicoterapia, eu preciso de um lugar mais isolado com esse paciente ou com cuidador ... no momento em que é uma orientação talvez outras pessoas da equipe possam participar também...(P2).*

*... o controle do ambiente é da família, é do paciente, então, aí eles vão determinar o lugar onde a gente possa ficar mais isolado pra ter o atendimento...(P2).*

**O sigilo** terapêutico é um compromisso ético do profissional psicólogo que, para os entrevistados, no cenário da atenção domiciliar, também sofre reconsiderações. É necessário estar atento aos sinais surgidos na relação com aquele que recebe cuidados, para considerar o que é sigiloso.

*... o que fazer com aquele paciente se eu não tinha o mínimo, né... de espaço mesmo ali pra trabalhar com aqueles pacientes, né... como garantir sigilo de tudo aquilo [atendimento individual numa residência de apenas um cômodo]? ... (P6).*

*... em relação ao sigilo, né, que é sempre uma preocupação, muitas vezes é lógico que a gente tenta manter o sigilo do que é conversado com o paciente, cuidador e eu levo muito em conta os sinais que pessoa me dá sobre o que ela quer que fique em sigilo ou não... (P2).*

Laham (2004) assinala que o sigilo fica prejudicado devido às características físicas de cada domicílio. Caso haja necessidade de intervenção individual e o domicílio tenha vários cômodos, fica mais fácil atuar. Caso existam apenas um ou dois cômodos, é preciso muito esforço para preservar o sigilo.



Para preservação do sigilo, na reunião de equipe, é necessário bom senso.

*... as pessoas [equipe] tinham que entender que o trabalho da psicologia precisa de um sigilo... (P2).*

*... talvez a maior dificuldade tenha sido esta no começo... como é que eu vou fazer pra não expor o paciente tendo que falar dele pra equipe porque assim ... um dos meus papéis acho que era trazer esta dimensão subjetiva ... (P2).*

### 6.2.5 Críticas à formação

Alguns assinalam que a formação em Psicologia privilegia a interioridade, dificultando o entendimento quanto aos atravessamentos socioculturais e o diálogo interdisciplinar, não subsidiando o psicólogo para atuação na saúde pública e na atenção domiciliar.

*... A visita domiciliar é uma das propostas do PSF, né, ... inicialmente ela foi um grande desafio para a gente da psicologia, já que ela foge um pouco dos cânones que a gente aprende na graduação ... a residência foi me mostrando essa necessidade ... porque na verdade dentro da graduação que a gente tem o primeiro contato com uma clínica tradicional né, formatada a partir do indivíduo ... que não nos coloca muito em contato com as questões reais da família e da comunidade e com a interação desse indivíduo no ambiente que ele vive ... essa é uma qualificação que a gente não desenvolve muito no curso de graduação em Psicologia, a questão do trabalho em equipe né, a gente não sabe fazer isso a gente não saber romper né esse campo psi e se aliar a outros profissionais no cuidado da saúde, a gente tem essa dificuldade (P1).*

*... embora durante a formação em psicologia hospitalar eu dei uma quebrada com aquele modelo básico da formação clássica da faculdade, uma formação bastante clínica ... (P5).*

*...que tudo aquilo que eu tinha aprendido na faculdade não me servia pra nada no domicílio, né... (P6).*

Ronzani e Rodrigues afirmam que,

[na] formação tradicional da Psicologia, a prática profissional é predominantemente pautada por práticas terapêutico-curativas [...] o que leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma “psicologização” desse fenômeno (2006, p.4, grifo dos autores).

Dutra propõe desconstruir o modelo humanista-liberal de clínica, a partir de uma mudança no campo epistemológico, a favor de um posicionamento ético e político.

Permitir que o psicólogo clínico pense o sujeito diante dele como aquele que se constitui no mundo, numa relação com o mundo natural e social; mundo este que, ao mesmo tempo em que o constitui, também é constituído por ele (2004, p.383).

Benevides (2005), Neves *et al* (1993) e Spink, Bernardes e Menegon (2006) afirmam que as bases epistemológicas da ciência separam indivíduo-sociedade, normal-patológico, objetivo-subjetivo no seu discurso de neutralidade.

Vários programas de pós-graduação em residência multiprofissional em saúde, incentivados pelo Ministério da Saúde, propõem ações conjuntas e diálogos interdisciplinares para a construção das ações em saúde.

Um entrevistado sugere a experiência de atuação em equipe na formação.

*... a gente encontra também pouca coisa sobre trabalho em equipe na literatura [do saber psicológico] e eu acho que ninguém na sua formação tem uma matéria, né, na faculdade de como trabalhar em equipe, infelizmente, né, porque acho que seria bem proveitoso, já que acho que tem uma tendência natural aí das coisas acontecerem mais em equipe em todo os setores [...] então, acho que as faculdades podiam começar a pensar mais nisso, mas acho que ninguém tem muito esse hábito, né, de trabalhar junto...(P2).*

## 6.2.6 Ganhos e outras experiências

As experimentações na atenção domiciliar agregam **ganhos técnico-profissionais**.

*... mas um paciente [domiciliar] que me ensinou muito como psicóloga muito, né... muito ... e nada que eu aprendi nos livros, nos cursos que eu já fiz nesses vinte e tantos anos que eu tenho de formada ... (P6).*

*... a primeira coisa que eu fiz nessa atividade foi estudar a morte ... (P6).*

E contribuem para o **desenvolvimento pessoal**.

*...acho que tem uma coisa muito importante, que foi a influência desse trabalho em minha vida pessoal ... acho que você cresce muito, quando você vê essa realidade, né... (P6).*

Essas narrativas encontram ressonâncias nas afirmações de Ferreira Neto (2007), quando assinala que a desestabilização da subjetivação identitária é mais importante que o conhecimento de si mesmo:

Na verdade, o que mais importa, não é o conhecimento de si mesmo, mas a invenção de si mesmo, a ruptura com uma subjetivação identitária em função de uma subjetivação que “*desprende-se de si mesma*” e cria um devir outro (p.181).

Os colaboradores citam que suas atuações no campo da atenção domiciliar são atravessadas por imprevisibilidades, como **problemas de ordem administrativa, burocrática e estrutural** que comprometem os planos de cuidados.

*... você tem que trabalhar com a falta [de recursos materiais] ... (P4).*

*... alguns entraves no serviço, que é a falta de viatura e, nós dependemos disso pra trabalhar... (P4).*

*... porque a gente nem sempre vai conseguir porque só existem variáveis institucionais, por várias dificuldades que a gente tem pra chegar neste paciente, nem sempre vamos conseguir cumprir a exigência de pelo menos uma vez por semana de atendimento... (P2).*

*... é um desafio pra mim ... [tolerar] esse é o meu verdadeiro desafio (P4).*

Laham sugere ao psicólogo encarar as ações como desafios e não como entraves à intervenções no domicílio, pois os pacientes “muitas vezes, se vêem impotentes diante da doença que não tem cura, mas insistem na continuidade da vida, com o máximo possível de qualidade” (2004, p.7).

### 6.3 Considerações quanto à qualificação profissional

Os requisitos citados com mais frequência e ênfase para a qualificação profissional visando a atuação no campo da atenção domiciliar são “flexibilidade” e “criatividade”, o que sugere dois aspectos a pensar: o de adaptação do psicólogo a um contexto para o qual não foi preparado para atuar; e, a possibilidade de os entrevistados considerarem os aportes teóricos como procedimentos a serem reproduzidos, semelhante ao ideário médico de um protocolo universal.

Trabalhar em equipe e em ambientes diferenciados com as mais variadas características são desafios àqueles que se pautam nos modelos convencionais de atuação.

É necessária a **capacidade de flexibilização nas formas de pensar e lidar com as imprevisibilidades:**

*... teria que ser uma pessoa com mais flexibilidade de pensamento talvez que não achasse que só uma forma de atuar é certo, né, que pudesse entender que há várias formas que podem ser eficientes... ser alguém que saiba que quando a gente chegar na casa do paciente mudam os parâmetros [da atuação convencional], muda o controle da situação... (P2).*

*... eu acho que principalmente essa flexibilidade para lidar com as situações que apareçam, né,... interrupções de atendimento ... (P2).*

*... ele tem que ser flexível com a linha mesmo que ele segue, né... (P6).*

*... acho que ele tem que ser flexível, ele tem que ser criativo, né... ele tem ... não pode seguir uma linha muito ... de trabalho... de psicanálise, né... uma linha teórica, se você for assim um psicanalista muito ortodoxo, acho que você não consegue ... (P6).*

*... de chegar e perceber o meio e lidar com isso ... eu acho que não ter tanta rigidez (P3).*

*...a primeira qualificação seria o psicólogo sair desse encastelamento do campo psi (P1).*

*... não buscar coisas muito certinhas, muito tradicionais, né ... se permitir conhecer coisas diferentes, em estar em ambientes diferentes, né ... ter essa disponibilidade ... (P3).*

*...ter uma facilidade de circular entre vários settings, entre vários espaços terapêuticos diferentes ... na atenção domiciliar ele não vai encontrar aquele espaço tradicional que ele está acostumado dentro da clínica... [aprender a] intervir na relação entre as pessoas no espaço da residência (P1).*

*... criatividade pra lidar com as várias situações que aparecem... (P2).*

*... Muita ... e criatividade ... muita criatividade também, assim de você ir à casa do paciente, né ... (P6)*

Benevides (2005) e Neves *et al* (1993) assinalam que são necessárias ao psicólogo a crítica e análise das formas instituídas, dos guetos teóricos e técnicos e desenvolver formas criativas de atuar, para subsidiar teorias que contemplem o homem contemporâneo.

Quanto aos aspectos teórico-técnicos para ações clínicas, **privilegiar intervenções concisas**, como “breve”, “focal”, “de apoio” e “suportiva”.

*... o fundamental é ele saber trabalhar numa psicoterapia mesmo breve, focal ... eu acho que é o mais importante ... (P6).*

*... psicoterapia breve focal, psicoterapia de apoio nessa linha, né... nessa linha, a psicoterapia suportiva ... (P6).*

Os depoimentos, até então, dos entrevistados demonstram que as intervenções precisam contemplar os imprevistos, as variações, a experiência e contato imediato.

Segundo Pelbart (2007), Espinosa<sup>54</sup> entendia o indivíduo como “grau de potência”, poder de afetar e ser afetado, potência que só pode ser conhecida na experimentação direta nos encontros.

Pietrolungo e Resende acrescem que é importante ao psicólogo ancorar em três dimensões atitudinais as práticas clínicas, que são:

*A ética, na busca da transformação do social, a ação teórica, que tem por objetivo a flexibilização teórica para fazer caber a diferença e a postura reflexiva, de fundamental importância para que as outras duas dimensões possam, de fato, se concretizar e, assim, atingir a epistemologia da construção (2007, p.30, grifo nosso).*

**O conhecimento teórico quanto a processos de saúde-adoecimento** é importante ao psicólogo que atua neste contexto.

*...mas de modo geral o psicólogo que vai trabalhar com atenção domiciliar ele precisa ter uma boa base reflexiva e de entendimento sobre os processos de saúde-doença ... (P1).*

---

54 Bento de Espinosa (1632-1677), filósofo, também conhecido como Barouch de Espinoza ou Benedictus de Espinoza.

*... quando eu falo que o psicólogo ele tem que ter bem claro ... paradigmas de saúde e doença quando ele entra numa equipe de atenção domiciliar, é muito nesse sentido...(P1).*

De acordo com Soares (2005) para compreender o contexto saúde-doença, não se pode deixar de lado as questões sociais, econômicas e culturais, ter senso crítico para não limitar-se aos esquemas binários comuns na forma de raciocinar clinicamente (certo-errado, normal-patológico).

Lancetti vê no ato clínico “a céu aberto”, o poder médico investido pelo pertencimento a alguma instituição de saúde ou prestígio das ciências psi e a força afetiva produzida no encontro.

Esse encontro é capaz de furar o cerco da separação fundamental porque é capaz de ingerência enquanto relação pré-significante, ou pela capacidade de afetar e ser afetado em processos de subjetivação e dessubjetivação (2006, p.103).

**A ampliação do repertório teórico-técnico-interventivo** é necessária para habilitar o psicólogo a atuar no contexto da atenção domiciliar, para mediação de conflitos:

*... ter uma capacidade de resolver conflitos... (P1).*

E, para atuar junto às dinâmicas familiares.

*... eu acho que essa é uma qualificação importante trabalhar com questões familiares relativas ao tratamento, à saúde, à doença (P1).*

*...ele precisa ter uma percepção da relação familiar, ele precisa ter uma experiência, um estudo sobre a família também, que a questão do conhecimento acerca da família, como funciona a vivência familiar das pessoas ... porque fatalmente a relação dentro das famílias orienta o sucesso ou o fracasso de determinado cuidado, de determinado tratamento...(P1).*

*... tem que entender de família, de dinâmica familiar...(P3).*

*... acho que é preciso ter uma leitura familiar, eu acho que não dá pra você trabalhar só com o indivíduo, tem que aprender a fazer um trabalho em família... (P5).*

Para Pietroluongo e Resende (2007), a família tem papel de extrema importância no acompanhamento e construção de estratégias de cuidado.

A valorização das saídas que a própria família encontra para os impasses suscitados, bem como a busca da habilidade de cada membro do sistema para resolver os problemas pontuais colocados na visita, também são procedimentos que caracterizam a importância da visita domiciliar. Essa valorização só é possível, como já foi explicitado anteriormente, a partir da substituição das imagens sociais culpabilizadoras e incapacitadoras [...] da família. É a partir dessa valorização que a família pode se sentir segura e autônoma, construindo as suas saídas para a resolução de problemas (p.25).

Pinheiro (2006) assinala que a Psicologia, mesmo nas instituições de saúde, tende apenas a ser convocada para solucionar os “problemas psicológicos”, transformando suas intervenções em *settings* psicoterápicos sujeitos ao sigilo ético. Sugere ser necessário ao psicólogo exercício da crítica e desprendimento dessas representações para ampliar suas possibilidades de atuação na Saúde Pública.

A **habilidade para trabalhar em equipe** é, para os entrevistados, requisito prioritário.

*... ele precisa ter uma leitura diferenciada sobre o trabalho em equipe... o psicólogo ele precisa ter essa qualificação pra trabalhar em equipe ... (P1).*

*... aprender a trabalhar em equipe, né... (P5).*

Laham (2004) assinala que ao psicólogo cabe aprender na prática como se colocar neste espaço, pois a formação acadêmica não contempla as experiências e vivências com outros profissionais de saúde, sendo predominantemente voltada à ação clínica e isolada em um consultório.

O psicólogo deve ser crítico quanto aos **discursos** macropolíticos:

*... e eu acredito que a atenção domiciliar ela deva avançar na medida em que ela reconheça a necessidade de saúde a partir do usuário, a partir das noções práticas e que se centrem no usuário (P1).*

*...o objetivo da questão domiciliar vai variar de acordo com o que serviço que ela identificar como necessidade de saúde né, a atenção domiciliar ela vai entrar nessa lógica por exemplo: se eu entendo que necessidade de saúde é a ausência de doença eu vou prestar o serviço de atenção domiciliar numa lógica, se eu entendo a necessidade de saúde como medicalização, numa aliança com a indústria médica farmacêutica por exemplo a gente vai trabalhar na atenção domiciliar com a lógica de aderência aos medicamentos entendendo isso como contemplação do ministério de saúde (P1).*

*... e por mais que seja um programa saúde da família, o foco é o indivíduo<sup>55</sup>  
... eles tentam ser da família, mas a família é utilizada no programa saúde da família como o suporte, né... eles não olham pra família como um sistema único, né ... uma coisa de teoria sistêmica familiar ... passa longe, né ... na prática é o que? “você tá doente? Então, vamos chamar a sua família ... que eu tenho acesso pra te convencer da alguma coisa pra ajudar no seu tratamento”... (P3).*

*...a atenção domiciliar, ela ainda aparece muito vinculada à questão da ordem médica, do cuidado ao corpo, dessa dimensão mais fisiopatológica...(P1).*

*...decisões do cuidado, elas devem ser horizontais e não pode submeter o trabalho em equipe dentro da atenção domiciliar à lógica do médico (P1).*

### E micropolíticos:

*... era pra convencer ela a ir comigo, era pra convencer tomar remédio né, tomar medicação no posto ... eu acho que quem tá na atenção básica não se identifica tanto com essa lógica...(P3).*

Ferreira (2006) e Spink (2006) afirmam ser comum psicólogos promoverem atendimentos em instituições de saúde como se bastasse apenas o repertório técnico, dificultando a familiarização com os princípios do SUS e o entendimento dos processos políticos envolvidos. Cabe ao psicólogo ter clareza da dimensão política e filosófica de suas ações.

É assinalado ser importante ao psicólogo a **capacidade de suportar os encargos psicológicos** presentes nesse contexto. A convivência constante com processos de sofrimento intenso causa desgastes com importantes repercussões psicológicas e orgânicas, conforme Soares e Cunha (2007). Amorim (2006) comenta que os psicólogos clínicos estão incluídos na relação de profissões mais atingidas pela síndrome de *burnout*.

*... você também tem que ter uma infra-estrutura psíquica pra suportar esse tipo de trabalho ... (P4).*

### Para Lancetti,

o vínculo e a continuidade [do processo de cuidado] exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados. Para pessoas criadas em regiões de classe média da cidade, é um choque cultural a convivência com favelados da periferia [...]. Tudo isso

---

55 Pode-se inferir que embora a política do programa discursse na direção da promoção da saúde, as ações são inscritas na lógica da clínica privada.



exige dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação contínua e penosa. Muitos não agüentaram (*apud* SOARES, 2005, p.39).

E o entrevistado corrobora:

*... um susto mesmo de ver como essas pessoas da periferia moram, como eles conseguem morar em situações tão precárias, tão pequenas e continuar sorrindo, continuar vivendo, continuar trabalhando, acho que esse é o primeiro impacto, né...(P3).*

Feuerwerker e Merhy (2008) revelam que as situações de carência incomodam muito as equipes de saúde, como falta de comida, roupa e material de limpeza. Não raro, as equipes se mobilizam para ajudar as famílias, articulando-se com o Serviço Social, promovendo bazares. Em algumas situações ajudam financeiramente na obtenção de cestas básicas de alimentos, roupas e brinquedos.

Lancetti julga necessária a motivação, sensibilidade para questões sociais e disposição para o trabalho, lembrando que a titulação acadêmica não confere ao profissional a capacitação para lidar com a miséria e o sofrimento a que está exposta a maioria da população.

Para atuação é necessário “entrega do terapeuta à causa e sua disponibilidade para trabalhar em ambiente não protegido” (2006, p.103).

podem ser diplomados, até com curso de pós-graduação, mas sua ação será insignificante ou nada será, se não se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança. Da paixão pela diferença (2006, p.103).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa não tem a pretensão de esgotar as complexidades envolvidas na atuação do psicólogo no campo da atenção domiciliar, na saúde pública. É um olhar do pesquisador para a multiplicidade de processos ocorrentes ao objeto central deste estudo e, deste modo, se pretende como uma contribuição para o conhecimento deste exercício profissional.

A condução dada aos depoimentos pelos entrevistados revelou tentativas de ações clínicas orientadas pelo modelo clínico-intimista<sup>56</sup> e, simultaneamente, suas críticas sobre a “rigidez” dos aportes teórico-técnicos disponíveis.

Citam, freqüentemente, os termos “adaptação”, “flexibilidade” e “criatividade”, revelando intenções de criar linhas de fuga frente ao engessamento experimentado no conflito teoria-técnica x prática possível. Esse aspecto incita pensamentos sobre a postura adotada pelo psicólogo na relação com seus aportes teóricos. O privilégio a procedimentos rígidos, semelhante ao ideário médico de protocolos universais, pode ser considerada como anticlínica, na Psicologia.

As narrativas demonstram que, frente à desterritorialização experimentada, o norteador passou a ser a “experiência” vivida a cada momento. Assim, as práticas clínicas foram se redesenhando em função das escolhas a partir dos acontecimentos. Questões como o *setting* terapêutico, a privacidade e o sigilo passam a ser reconsideradas, conforme cada experimentação.

Os entrevistados consideram como experiência positiva as várias possibilidades de convivência, conversações e atuações com os integrantes da equipe, afirmando a interação interprofissional como experiência agregadora de valores profissionais e prioritária para as ações no campo da saúde.

Contemporaneamente ficou mais evidente, em alguns campos de intervenção psi, como o da atenção domiciliar, que o modelo da clínica privada se desestabilizou frente ao imperativo dos atravessamentos sócio-culturais. Mais do que “adequação” de um referencial teórico aplicável, trata-se, de princípio, do

---

56 Modelo que emerge no século XIX, com a anátomo-clínica e inscrito pela lógica liberal e romântica, vigente até o contemporâneo, exercido em consultórios particulares (BEZERRA JUNIOR, 2002).

questionamento das bases epistemológicas e éticas que sustentam as teorias utilizadas.

## 7.1 Experiências e (des)rotinas

**Integrado à equipe de atenção domiciliar**, o psicólogo participa de reuniões para discussão dos casos atendidos pelo programa, contribuindo com seus pareceres para as estratégias de cuidado.

No **domicílio** emergem múltiplas formas de atuar. O psicólogo pode participar com a equipe das visitas domiciliares, sendo ou não solicitado para alguma ação direta. Pode, também, realizar visitas domiciliares isoladamente para intervenções terapêuticas de âmbito clínico, orientações ou administração de conflitos surgidos entre os habitantes do domicílio ou com a equipe de saúde.

O conhecimento das dinâmicas relacionais das famílias é importante para identificar pontos de tensão que comprometem os fluxos de relacionamento e as estratégias de cuidados.

Em se tratando de **intervenções clínicas**, o psicólogo não consegue realizar acompanhamento psicoterápico de médio ou longo prazo devido à complexidade dos eventos relacionais, técnicos e burocráticos ocorrentes num cenário de atuação de programas de atenção domiciliar.

Surgem possibilidades de intervenções em alguns encontros apenas, e assim o psicólogo tende a elaborar ações concisas nominadas “focais”, “breves”, “de apoio” e “suportivas”, dando acolhida às angústias que permeiam o ambiente. Consideram a escuta psicológica, *per si*, um importante elemento intercessor, mesmo nas circunstâncias impeditivas.

Essas ações podem ser dirigidas a pacientes, aos cuidadores, quando o grau de estresse está elevado comprometendo sua capacidade de gerir os cuidados, e aos familiares, quando os níveis de angústia estiverem dificultando as estratégias de cuidado estabelecidas pelo programa.

## 7.2 Quanto à qualificação profissional

Quanto às considerações<sup>57</sup> sobre a qualificação necessária ao psicólogo para atuação na atenção domiciliar, os entrevistados assinalaram:

**Flexibilidade e criatividade:** Flexibilizar seus aportes teórico-técnicos para lidar com os imprevistos e ocorrências ao campo da atenção domiciliar. Permitir-se à diferença, aprender a circular entre vários ambientes terapêuticos que se formam no acontecimento-já, criando recursos interventivos.

**Atuar em equipe:** Disposição para interagir em equipe de saúde, problematizando questões como sigilo e privacidade, quando em reuniões de equipe; criatividade para agir em sinergia com parceiros da equipe. Bom senso para interagir na elaboração das estratégias de cuidado, sem incorrer nas armadilhas do “psicologismo”.

**Desenvolver o senso crítico quanto aos discursos:** Exercitar o senso crítico quanto aos discursos presentes nas práticas, ações e políticas dos programas de atenção domiciliar.

**Conhecimento de processos de saúde-adoecimento:** Investir na ampliação do conhecimento de processos de saúde-adoecimento, haja vista atuarem em cenários predominantemente marcados por processos crônico-degenerativos.

**Ampliar o arcabouço teórico-técnico interventivo:** Além das ações de cunho psicoterápico, realizar leituras e ações em diferentes circunstâncias, como em dinâmicas familiares e mediação de conflitos.

**Privilegiar intervenções concisas:** Sugerem intervenções clínicas concisas, que nominam como “breve”, “focal”, “apoio” e “suportiva”.

---

57 Lembremos que o discurso sobre requisitos para se operar nesta “nova” clínica emerge da lógica romântica, liberal e disciplinar, inscrita no pensar e agir dos entrevistados.

**Capacidade para suportar as ressonâncias do sofrimento:** A convivência com processos de sofrimentos vividos nos domicílios e o contato com outras realidades socioeconômicas tendem a afetar os profissionais da saúde envolvidos no cuidado.

Por fim, como **apontamentos para a formação profissional**, consideramos que as experimentações no campo da atenção domiciliar beneficiam a Psicologia, desestabilizando os saberes instituídos e oxigenando novas práticas e formas de produção de conhecimento, e aos profissionais da saúde em geral, pela experimentação diferenciada que os aproxima das nuances socioculturais vivenciadas por grande parte da população, estimulando-os a rever suas práticas e produção do saber, à busca de formas inovadoras e diferenciadas de intervenção.

Constata-se a atuação do psicólogo no contexto desta “clínica a céu aberto”, predominantemente marcada por inscrições romântico-liberais, referidas ao desvelamento da interioridade, e seus desassossegos e desejos, provocados pela atualidade, de reconsiderar suas práticas e produção de saber.

A atenção domiciliar habita um paradoxo e, desse modo, configura-se como um campo de possibilidades múltiplas. Nesse lugar pode o psicólogo simplesmente reproduzir o discurso vigente e promover a cristalização e interceptação dos desejos, invenções e criações; como também, práticas inventivas num viés liberador, na direção de subjetividades que afirmem o enriquecimento da vida e ampliação da liberdade.

A constituição de uma postura crítica se faz necessária para o psicólogo *estar à espreita* dos discursos naturalizados em suas práticas e produção de saber. O exercício crítico se inicia pelo reconhecimento dos saberes e da clínica como construções histórico-políticas, não naturais, sem essências eternas, a-históricas, sempre passíveis de problematizações em sua autonomia, hierarquia e limites, esteja o psicólogo em seu consultório, no hospital ou na atenção domiciliar.

Para concluir minha dissertação, esta tentativa exaustiva de criar um fluxo, estabelecer seqüências inteligíveis, proponho o trecho de um poema de D. H. Lawrence, que problematiza nossos céus provisórios, intitulado O CAOS NA POESIA, em que escreve:

*O homem, e os animais, e as flores, vivem todos dentro de um caos estranho e permanentemente revoltado. Chamamos cosmo ao caos ao qual nos acostumamos. Chamamos consciência – e mente, e também civilização – ao indizível caos interior de que somos compostos.*

*Mas trata-se, em última instância, do caos, iluminado por visões, ou não iluminado por visões. Exatamente como o arco-íris pode ou não iluminar a tempestade. E, tal como o arco-íris, a visão perece.*

*Mas o homem não pode viver no caos. Os animais podem. Para o animal tudo é caos, havendo apenas algumas poucas e recorrentes agitações e aparências em meio ao tumulto. E o animal fica feliz. Mas o homem não.*

*O homem deve envolver-se em uma visão e construir uma casa que tenha uma forma evidente e que seja estável e fixa.*

*No pavor que tem do caos, começa por levantar um guarda-chuva entre ele e o permanente redemoinho. Então, pinta o interior do guarda-chuva como um firmamento.*

*Depois, anda à volta, vive, e morre sob seu guarda-chuva. Deixado em herança a seus descendentes, o guarda-chuva transforma-se em uma cúpula, uma abóbada ... e os homens começam a sentir que algo está errado.*

Nos acostumamos a “guarda-chuvas e settings” que pensamos seguros, estáveis e eternos. A desnaturalização do saber ensina que o firmamento na cúpula não é “natural”, e sim, pincelado conforme construção histórico-cultural, com marcantes tonalidades das forças em jogo no momento histórico-político. A proteção não é eterna, nem estável, aliás, como toda rígida estrutura, trinca e suas fissuras expõem o além.

Experimentar a “clínica a céu aberto” do atendimento domiciliar é comparável a deixar a contemplação do consolidado firmamento, fluir entre aberturas surgidas e imergir na incerteza, nas possibilidades onde acontece a vida, entre luzes e sombras, sorrisos e lástimas, odores e sabores, no caos positivo da existência.

Faço minhas as palavras de Lancetti, quando descreve que é necessária a “entrega do terapeuta à causa e sua disponibilidade para trabalhar em ambiente não protegido” (2006, p.103). Resta colocar mãos à obra e afirmar o SIM, em busca do amor ao acontecimento.

Quero cada vez mais aprender a ver como belo aquilo que é necessário nas coisas: - assim me tornarei um daqueles que fazem belas as coisas. *Amor Fati* (amor ao destino): seja este, doravante, o meu amor! Não quero fazer guerra ao que é feito. Não quero acusar, não quero nem mesmo acusar os

acusadores. Que a minha única negação seja desviar o olhar! E, tudo somado e em suma: quero ser, algum dia, apenas alguém que diz SIM!<sup>58</sup>

---

58 Cf. Para o Ano Novo - Aforismo 276. In NIETZSCHE, Friedrich. **A Gaia Ciência**. Tradução, notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2001. p.187.

## 8 INDÍCIOS PARA UMA CLÍNICA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

*Gosto de fazer análise e sempre anseio pelo seu fim. A análise só pela análise para mim não tem sentido. Faço análise porque é do que o paciente necessita. Se o paciente não necessita de análise então faço outra coisa.*  
(WINNICOTT, 1990, p. 152)

*O ser vivo, o único que é consciente de suas feridas: todo sofrer deve invocar um agir, mas, um agir que não impeça o sofrer; as patologias do ser vivo exigem uma medicina, mas, uma medicina que respeite as patologias como condição da vida. Nesse sentido, aqueles que se interrogam atualmente sobre o destino do sofrimento, da doença e da morte nas manipulações do ser vivo, pelo ser vivo humano, reencontram uma questão que Nietzsche foi o primeiro a colocar.*  
(STIGLER, 2001, p. 124)

A partir das conversações dos dados obtidos em campo com os conceitos apreendidos durante a produção desta pesquisa, emerge uma proposição que se pretende como um produto, além desta dissertação, considerado como “indícios para uma clínica na atenção domiciliar”.

A atenção domiciliar surge no cenário da saúde pública como um dos muitos sintomas das forças políticas em jogo no contemporâneo. Traz em suas estruturas político-administrativo-clínicas inscrições, marcas da transição entre as formas sociais denominadas sociedades disciplinar e de controle e dos vetores histórico-filosóficos do niilismo contemporâneo (passivo com aberturas para o ativo).

Comporta as articulações conflitantes entre o movimento ondulatório do regime de controle e a manutenção das disciplinas hierarquizadas com ações marcadas pela lógica da clínica privada em seus programas, valorizando os discursos dos especialismos técnico-científicos, embora as DCN e políticas públicas discurssem no sentido da integração entre os saberes e de um conceito de clínica que abranja os aspectos sociais e políticos (BENEVIDES, 2005; BRASIL, 2004; NEVES; JOSEPHSON, 2002).

Seu principal movimento é o de ultrapassar os muros das instituições hospitalares e se espalhar pelos espaços sociais em ondas de cuidados, investigação e controle. Mais do que introduzir o ideário majoritário porta adentro dos domicílios determinando formas de subjetivação que consumam o “discurso da saúde<sup>59</sup>”, os serviços e produtos pertinentes, a intervenção domiciliar leva,

<sup>59</sup> Baseado em ações curativas e todo um repertório de medidas preventivas do “risco” de adoecer, como dieta, atividade física, psicofármacos, vitaminas, etc. (SIBILIA, 2004).



paradoxalmente, possibilidades de assujeitamento e aberturas a dimensões libertárias ou emancipatórias que podem resultar em subjetividades afirmativas (DELEUZE, 1992; PELBART, 2004; BEZERRA JUNIOR, 2006).

Vários autores questionam as práticas psicológicas no contemporâneo a partir do pressuposto que são necessárias desestabilizações no saber psicológico instituído, que provoquem aberturas e produzam outras configurações clínicas possíveis (BENEVIDES, 2005; BEZERRA JUNIOR, 2006; COIMBRA; LEITÃO, 2003; PASSOS; BENEVIDES, 2000, 2001, 2006).

A atenção domiciliar habita um paradoxo e, desse modo, configura-se como um campo de possibilidades múltiplas. A constituição de uma postura crítica se faz necessária para o psicólogo *estar à espreita* dos discursos naturalizados em suas próprias práticas e produção de saber.

O exercício crítico se inicia pelo reconhecimento dos saberes e da clínica como construções histórico-políticas, e não naturais, sem essências eternas e a-históricas, portanto sempre passíveis de problematizações em sua autonomia, hierarquia e limites. Os saberes não são neutros e seus olhares são modulados por embates entre forças políticas (NEVES; JOSEPHSON, 2002; HÜNING; GUARESCHI, 2005).

Nietzsche faz um elogio à atividade crítica revelando a lógica niilista:

Quando exercemos a crítica, isso [...] é [...] uma prova de que em nós há energias vitais que estão crescendo e quebrando sua casca. Nós negamos e temos de negar, pois algo em nós está querendo viver e se afirmar, algo que talvez ainda não conheçamos, ainda não vejamos (*apud* Pelbart, 2006, p.11).

A crítica nos coloca no lugar de responsabilização pela vida, frente à possibilidade de escolher os caminhos a serem trilhados.

Partindo desse pressuposto, as “verdades” presentes nos discursos dominantes na Psicologia atualmente podem ser problematizadas. Ao assumirmos que as práticas culturais, nas quais se inserem as práticas psicológicas constituem os sujeitos, estes não se reduzem mais a uma unidade possuidora de um núcleo situada fora do social e do político (HÜNING; GUARESCHI, 2005).

O sujeito é entendido, segundo esta perspectiva, como resultante de uma produção inconclusiva, heterogenética, nunca havendo esgotamento total da energia potencial de criação das formas. A subjetividade é um evento polifônico, sendo

assim impossível separar a ciência da cultura, o individual do social, a clínica da política (BENEVIDES, 2005).

Construções de saberes e processos de subjetivação são produções socioculturais e políticas, portanto, constituídos pelo embate de forças que se articulam em várias configurações. As práticas psicológicas, como produto, podem se inscrever como ferramentas de correção e normatização disciplinadoras, e/ou como dispositivos de criação de possibilidades, espaço para produção de alteridades. Temos aqui aberturas para o exercício crítico que possibilita ao psicólogo se posicionar politicamente no contemporâneo (HÜNING; GUARESCHI, 2005).

Segundo os vetores de problematização de Nietzsche, no contemporâneo estamos em plena possibilidade de travessia do niilismo passivo, marcado pelo pessimismo, descrença e conseqüente assujeitamento, ao niilismo ativo, quando a vontade de potência se manifesta à busca do enriquecimento existencial (PELBART, 2004).

Cotejando os temas “produção de subjetividades, transdisciplinaridade, psicologia e atenção domiciliar” discutidos nesse estudo até o momento, com os conhecimentos obtidos nas conversações com os entrevistados, podemos pensar em pistas para uma postura clínica a ser exercida no campo da atenção domiciliar.

Iniciando a discussão, permito-me trazer Bezerra Junior (2006) ao nosso diálogo com sua discussão sobre o conceito de normatividade vital<sup>60</sup>, sugerido por Canguilhem. Tal construto afirma que para fins de definição de saúde ou doença, indivíduo e meio não podem ser considerados isoladamente, sendo que normalidade ou patologia não estão radicadas em uma ou outra forma separada, mas na interação entre eles.

Um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio (CANGUILHEM *apud* BEZERRA JUNIOR, 2006, p.103).

Indivíduo e meio se constroem num mútuo acoplamento favorável, conotando saúde, ou desfavorável, caracterizando a patologia. Não se deve confundir tal processo com a idéia de adaptação, pois

---

60 Conceito discutido por Georges Canguilhem em sua obra *O normal e o patológico*, publicada em 1966.

a norma vital saudável implica não só a produção de um equilíbrio adequado às exigências da relação entre os dois pólos, mas também a *capacidade de recriar este equilíbrio com bases em normas diferentes sempre que isto se fizer necessário* (BEZERRA JUNIOR, 2006, p. 104, grifo nosso).

O conceito de normatividade incorpora o simbólico e o social levando em consideração que a experiência humana não se restringe apenas ao biológico. Assim, entendemos que o organismo humano não está vinculado apenas ao meio físico, e sim que

a forma e as funções do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas pelo meio, mas *a expressão dos modos de viver socialmente adotados pelo meio* (CANGUILHEM *apud* BEZERRA JUNIOR, 2006, p.104, grifo nosso).

Bezerra Junior (2006) assinala que a idéia de “norma” encontra aqui uma aplicação no universo da vida social, no qual esta idéia e os processos de normalização implicam a aplicação de valores a uma realidade. Alerta, ainda, que tentar compreender a vida em sociedade com base no conhecimento sobre a vida dos organismos é um equívoco, “mas isto não elimina o fato de que em se tratando da análise da saúde e da doença, é a valores que recorremos, seja como organismo, seja como sujeitos” (p.105) e independente de descrições humanas “o valor da vida é um fato” (p.107).

Normatividade vital, assim, é compreendida como a capacidade de um organismo produzir novas normas, criar novas formas de ser, para fazer frente ao desafio que lhe é dirigido. O autor sugere que pensemos o impacto dessa concepção no plano da clínica.

A doença é um teste para a normatividade do organismo que, sendo saudável, será capaz de ter sucesso. Desse modo o que caracterizaria a saúde não é o estado atual de equilíbrio bem sucedido, mas a capacidade de ultrapassar este equilíbrio e produzir novas normas para dar conta da situação emergente. Ser sadio não é exatamente ser normal – ou seja, embora reconhecida como algo a ser debelado, é previsível e compõe o cenário de uma vida saudável. A saúde implica a doença (p.106).

O autor afirma que a doença, nessa perspectiva, implica *pathos* ou conforme Canguilhem, “sentimento direto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (p.105), distante de conotações valorativas mais negativas como desordem ou ausência, se aproximando mais da idéia de um recurso do organismo para reequilibrar o jogo com o meio, “uma reação generalizada com intenção de cura [...] uma experiência de inovação positiva do ser vivo” (p.105).

Em se tratando de saúde mental, normatividade psíquica (informação verbal)<sup>61</sup> seria o processo de inventar novas formas de sentir, pensar e agir e a ação clínica se basearia em recuperar e/ou ampliar a normatividade constrangida resgatando a possibilidade daquele que sofre emergir como sujeito.

Bezerra Junior (2006, 2008) lembra que toda clínica do sofrimento psíquico visa recuperar ou aumentar a capacidade normativa do sujeito, quebrando a estereotipia que os sintomas impõem ao sujeito na sua relação com a vida e com sua própria história, buscando o enriquecimento do seu horizonte existencial, e afirma, ainda, que olhar para a clínica com os olhos de Canguilhem nos apresenta provocações importantes e destaca duas:

A primeira é a de colocar as experiências de sofrimento no centro da terapêutica. Aliviar o “sentimento de vida contrariada” e ampliar, na medida de cada um, seu horizonte de normatividade são os elementos que dão o sentido de toda ação clínica.

A segunda é de que, levando em consideração o objetivo reinante na medicina e na cultura, a perspectiva de Canguilhem não nos deixa esquecer que, em matéria de sofrimento, é o indivíduo quem deve ter a última palavra.

Pensando em clínica psicológica na atenção domiciliar podemos reunir algumas concepções que ressoam com a perspectiva da normatividade vital e com as questões nietzschianas sobre o arco histórico-filosófico de desdobramento do niilismo e suas cogitações sobre o conflitante movimento passivo/ativo do contemporâneo. O niilismo ativo fala da potência da vida afirmada, para além dos conceitos de bem e mal (BEZERRA JUNIOR, 2006; PELBART, 2003, 2006).

---

61 Informação verbal fornecida por Benilton Bezerra Junior em palestra proferida em 04 de maio de 2007, intitulada “Os processos de subjetivação atuais e as novas formas de sofrimento. Café Filosófico. Disponível em <[http://www.cpfcultura.com.br/videoteca\\_2008.aspx?videoteca\\_categoria\\_ID=0&videoteca\\_ID=140](http://www.cpfcultura.com.br/videoteca_2008.aspx?videoteca_categoria_ID=0&videoteca_ID=140)> Acesso em: 15 Out. 2008.

Aproxima-se, agora, uma terceira concepção. Para Pelbart (2007a), Espinosa refere que um indivíduo é um grau de potência, significando poder de afetar e ser afetado e que esse poder só se manifesta na experiência, nos encontros e nestes aprendemos a selecionar o que aumenta ou debilita nossa potência. “Um bom encontro é aquele que pelo qual meu corpo se compõe com aquilo que lhe convém, pelo qual aumenta sua força de existir, sua potência de agir, sua alegria” (p.2). As paixões alegres, para Espinosa, aumentam a potência de vida.

As paixões tristes debilitam e geralmente são utilizadas pelo poder vigente como ferramenta de controle para nos privar da força de existir, concomitante às ofertas de sedutores recursos promissores de segurança e satisfação. Entendemos não se tratar aqui de eliminação da tristeza, do sofrimento, como higienização, assepsia existencial. Para Nietzsche,

existem dois tipos de sofredores, os que sofrem de *superabundância* de vida, que querem uma arte dionisiaca e desse modo de compreensão trágica da vida – e depois os que sofrem de *empobrecimento* de vida, que requerem da arte e da filosofia silêncio, quietude, mar liso, ou embriaguez, entorpecimento, convulsão (*apud* Pelbart, 2006, p.20).

Essas concepções sugerem que nos instáveis cenários dos encontros acontecidos na atenção domiciliar, a *experiência imediata* pode ser valorizada como momento onde a potência de vida, ou biopotência, tende a se intensificar e ampliar na multidão “no seu misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laço, capacidade de invenção de novos desejos e novas crenças, de novas associações e novas formas de cooperação” (PELBART, 2003, p.23).

Temos assim concepções cujos pontos de ressonância referem-se, ao menos, a três aspectos, que são:

- Reconhecimento do inerente movimento da vida à produção/constituição de novas formas de existir, mudando, variando, desviando-se dos padrões quando em situação de constrangimento.
- Que a potência de vida emerge nas experimentações, nos encontros onde se intensifica ou se debilita e que selecionar, preferir o que nos afeta, é imanente à vida.

- Reconhecimento da capacidade da vida em potência, ou biopotência, provocada nas experimentações, de se afirmar e se propagar por contágio em multidão por afecções mútuas, formando um extenso corpo vital, produzindo novas formas de existir.

Entendemos que esses três aspectos, dialogando com a proposta ético-processual da transdisciplinaridade e da desnaturalização do conhecimento, associados ao exercício crítico que empreendi neste trabalho, dão pistas iniciais para a constituição de uma perspectiva a ser adotada na clínica do atendimento domiciliar e suas ações “a céu aberto”. Nesta clínica onde o imprevisto é o padrão, a incerteza é a regra. Assim, entendemos que *cada e todo encontro* como potencial dispositivo para possibilidades de criação, de invenção e da valorização e afirmação da vida.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, Y. G. **O ensino de psicologia clínica na graduação: uma análise a partir de psicólogos clínicos docentes e não docentes**. 2007. 190p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2007.

ADAMS, M. 1º Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública aponta para melhor qualificação do profissional: Psicologia quer participar de forma efetiva na implementação do SUS. **PSI Jornal de Psicologia CRP-SP**, São Paulo, p.8, jan/mar, 2007.

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 166p.

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 235p.

AMORIM, C. Quando a energia acaba: psicólogos estão entre os profissionais mais atingidos pela síndrome do Burnout, caracterizada por uma exaustão emocional. **Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos**. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, p.50-51, ano 3, n.4, 2006.

ARTAUD, A. **Van Gogh: o suicida da sociedade**. Rio de Janeiro: José Olympio Ed., 2003.

BATISTA, N. *et al.* O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 40-46, jan./abr. 2006.

BENEVIDES, R. A psicologia e sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre, v.17, n.2, p.21-25, 2005.

BERNARDES, J. S. **Psicologia e Políticas Públicas e formação profissional**. In: XXX Congreso Interamericano de Psicología – Hacia una Psicología sin fronteras, Buenos Aires, Argentina. 2005.

BEZERRA JUNIOR. B. O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, C. A. (org). **Transgressões**. Rio de Janeiro. 2002. p. 229-251.

\_\_\_\_\_. O impacto das biotecnologias: um ponto de vista. **Ide**. SP, v. 29, n. 43, p.50-56, nov. 2006.

\_\_\_\_\_. 2007. Informação verbal fornecida em palestra proferida em 04 de maio de 2007, intitulada “**Os processos de subjetivação atuais e as novas formas de sofrimento**”. Café Filosófico. Disponível em

<[http://www.cpflcultura.com.br/videoteca\\_2008.aspx?videoteca\\_categoria\\_ID=0&videoteca\\_ID=140](http://www.cpflcultura.com.br/videoteca_2008.aspx?videoteca_categoria_ID=0&videoteca_ID=140)> Acesso em: 15 Out. 2008.

\_\_\_\_\_. Winnicott e Merleau-Ponty: o *continuum* da experiência subjetiva. In: BEZERRA JR, B., ORTEGA, F. (orgs). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2007a, p. 35-65.

\_\_\_\_\_. A noção de experiência e sua importância para a clínica atual. In: ARRUDA, A; BEZERRA JUNIOR, B; TEDESCO, S. (orgs). **Pragmatismos, pragmáticas e produção de subjetividades**. Rio de Janeiro: Garamond, p.202-223. 2008.

BITTAR, OJN. A administração do hospital do próximo milênio. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 21, v.21, n. 3, p.136-141, 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº11 de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **D.O.U.** Brasília, 2006a. Disponível em <[http://www.sbn.org.br/Portarias/11\\_06.pdf](http://www.sbn.org.br/Portarias/11_06.pdf)> Acesso em: 07 de jul. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 8 de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia. **D.O.U.** Brasília, 2004. Disponível em <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08\\_04.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf)> Acesso em: 10 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Sistema Único de Saúde: Constituição Federal – Seção II. **CONASEMS**, publicações técnicas, n.02, dezembro, 1990. Disponível em <[http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id\\_sec=8](http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=8)> Acesso em: 12 nov 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **D.O.U.** Brasília, 2006b. Disponível em <<http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <[portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=1342-43k](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1342-43k)> Acesso em: 06 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência do Brasil. Casa Civil. Sub-Chefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **D.O.U.** Brasília, 1990. Disponível em <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf)> Acesso em: 10 Ago. 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência do Brasil. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências,



regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **D.O.U.** Brasília, 2002. Disponível em <[www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm](http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm) - 29k> Acesso em: 10 ago. 2007.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**. v.17, n.2, Porto Alegre, mai/ago. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000200005&script=sci_arttext)> Acesso em: 25 ago 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

COIMBRA, C; LEITÃO MB. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia e Sociedade**, 15 (2), p.6-17, jul./dez. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a02v15n2.pdf>> Acesso em: 28 mar. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [homepage na Internet]. **Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil**. 1992. Disponível em <[http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/tr\\_prof\\_psicologo\\_cbo.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/tr_prof_psicologo_cbo.pdf)> Acesso em 15 de fev. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP [homepage da Internet]. **Manual de Orientações**. Disponível em <[www.crpsp.org.br](http://www.crpsp.org.br)>. Acesso em: 07 de jul. 2007.

COSTA, J. F. Criatividade, transgressão e ética. In: PLASTINO, C. A. **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002, p. 63-76.

\_\_\_\_\_. Palestra proferida em 27 de outubro de 2006, intitulada “**Da vida política à vida higiênico-romântica: percurso da subjetividade na cultura do ocidente**”. Café Filosófico. Disponível em <[http://www.cpfcultura.com.br/videoteca\\_2008.aspx?videoteca\\_categoria\\_ID=0&videoteca\\_ID=198](http://www.cpfcultura.com.br/videoteca_2008.aspx?videoteca_categoria_ID=0&videoteca_ID=198)> Acesso em: 15 Out. 2008.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexicon Editora Digital Ltda, 2ª. ed, 2007. 839p.

DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: \_\_\_\_\_. **Conversações: 1972-1990**, Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

\_\_\_\_\_. **Diferença e Repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, F. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Vol. 1**, São Paulo: Editora 34, 1995.

DIMENSTEIN, M. D. B. (Des)caminhos de formação profissional do psicólogo no Brasil para a sua atuação no campo da Saúde. **Revista Depto. Psicologia**, Rio de Janeiro: UFF, v. 11, n. 1, p. 17-25, 1999.

\_\_\_\_\_. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva.

**Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez., 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde**. 1998. 223f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 1998.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro: PUC-RJ, n. 115, p. 130-154, mar., 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci_arttext&lng=pt)> Acesso em: 12 abr 2007.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**. n. 9. v.(2), p.381-387, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a21v9n2.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2007.

FABRÍCIO, S. C.C *et al.* Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v.12, n.5, p.721-726, set./out., 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500004&script=sci_arttext)> Acesso em: 27 jan. 2007.

FERRAROTTI, F. Sobre a autonomia do método biográfico. In NÓVOA, A.; FINGER, M. (Orgs.) **O método (auto)biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1988. p.18-34.

FERREIRA, G. A atuação como profissional de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, ano 3, n.4, p.46-48, 2006.

FERREIRA NETO, J. L. F. Artes da Existência: Foucault, a Psicanálise e as práticas clínicas. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 23, n. 2, p.177-184, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam Salud Publica / Pan Am / Public Health**. v. 24, n.3, p. 180-188, 2008. Disponível em <[http://journal.paho.org/?a\\_ID=1221](http://journal.paho.org/?a_ID=1221)> Acesso em: 15 set. 2008.

FIGUEIREDO, L. C. M. **A invenção do psicológico: Quatro séculos de subjetivação 1500-1900**. 7ª ed. São Paulo: Escuta, 2007. 184p.

FINGER, M. As implicações sócio-epistemológicas do método biográfico. In NÓVOA, A.; FINGER, M. (Orgs.) **O método (auto)biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1988. p. 80-85.

FRANÇA A. C. P., VIANA B. A. Interface psicologia e programa saúde da família-PSF: reflexões teóricas. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 26 n. 2, Jun.

2006. Disponível em

<[http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=es&nrm=is](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=es&nrm=is)> Acesso em: 18 ago. 2007.

GAVIÃO, A. C. D.; PALAVÉRI F. K. C. O papel do psicólogo. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atingiu, 2000.

HENZ, A. O. Ocasos e travessias: movimentos de Nietzsche em Deleuze. In: **Educação Especial – Deleuze pensa a Educação**. São Paulo: Segmento, v.6, p. 28-37, 2007.

\_\_\_\_\_. 2007a. Informação fornecida em palestra “**Para quem ensinamos psicologia?**” em 29/07/2007, no Seminário “Diálogos sobre docência em Psicologia”, patrocinado por UNICAMP, ABEP, UNIFESP, Campinas, SP.

\_\_\_\_\_. Outrem. In: CORAZZA, S.; GROPPA, J. **Abecedário Educação da Diferença**. Campinas: Editora Papirus, SP, no prelo.

HÜNING, SM; GUARESCHI, NMF. Problematizações das práticas psi: articulações com o pensamento foucaultiano. **Athenea Digital**. n.8, p.95-100, 2005. Disponível em < <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewArticle/39156/0>> Acesso em: 10 abr. 2008.

IOCHIDA, L. C. Metodologias problematizadoras no ensino e saúde. In: BATISTA, N.; BATISTA, S. H. (Org.) **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora SENAC, p.153-166. 2004. p.283.

IMAGEM FALADA. 2005. Disponível em

<[http://imagemfalada.blogspot.com/2005\\_11\\_01\\_archive.html](http://imagemfalada.blogspot.com/2005_11_01_archive.html)>. Acesso em: 05 Dez. 2008.

LAHAM, C. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. **CEPSIC** [periódico on line]; v. 2, n.10, 2004: Disponível em <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200010&lng=pt&nrm=)> Acesso em: 09 Jun. 2006.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 127p.

LEMO, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.170-179, set/dez, 2006.

LESSA, J. M. **A Clínica como Exercício Ético dos Encontros Afetivos**. 2007. 72f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.

MAIA, G. F.; LONDERO, S.; HENZ, A. O. Velhice, instituição e subjetividade. **Interface comunicação, saúde, educação**. Botucatu, SP, v. 12, n. 24, jan./mar.

2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100005&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100005&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em 17 Ago. 2008.

MAIA, M. A. B.; OSORIO, C. Trabalho em Saúde em tempos de biopoder. **Arquivos brasileiros de psicologia**. v. 56, n.1-2, p.81-92, 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672004000100007&lng=es&nrm=>](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672004000100007&lng=es&nrm=>) Acesso em 06 Mai. 2008.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface, comum, saúde, educ.** v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev-2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=pt&nrm=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100003&lng=pt&nrm=iso&lng=pt)> Acesso em 09 Abr. 2007.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5ª ed. São Paulo: Loyola , 2005. 291p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 407p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS de A a Z**. Brasília, DF. 2004. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/legislacao.php?p=96>>. Acesso em: 25 out. 2007.

MORE, C. L. O. O. *et al.* As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. **Psicologia hospitalar**. v. 1, n.1, p.59-74, 2004.

MORAES, T. D.; NASCIMENTO, M. L. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 91-102, jan./jun. 2002. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a10.pdf)> Acesso em: 17 Out. 2008.

NAFFAH NETO, A. **Nietzsche: a vida como valor maior**. São Paulo: FTD, 1996.

NEVES, C. E. A. B. *et al.* Teorias e práticas psicológicas em instituições públicas. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 176-186, 1993.

\_\_\_\_\_; JOSEPHSON, S. C. A crítica como clínica. In: **Textura da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. 1º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.99-108.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p.44-57, set-dez, 2004.

ONU. **Declaração Mundial dos Direitos Humanos**. Disponível em <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em 06 Dez. 2008.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

\_\_\_\_\_. **O Corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2008. 256p.

PASSOS, E. P.; BENEVIDES R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia clínica**. v. 13, n. 1, p.89-99, 2001.

PASSOS, E; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 16, n. 1, p. 71-79, jan/abr, 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**. n. 19-20, p.159-171, jan/jun, 2004.

\_\_\_\_\_. Passagens da clínica. In: AUTERIVES, M., KUPERMANN, D; TEDESCO, S. (org) **Polifonias: clínica, política e criação**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006, p.89-100.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago. 1993. Disponível em <[www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/peter/naudotemporei.pdf](http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/peter/naudotemporei.pdf)> acessado em: 18 out. 2007.

\_\_\_\_\_. A vida (em) comum: Poder sobre a vida, potências da vida. In: \_\_\_\_\_. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Editora Iluminuras, p.20-28. 2003.

\_\_\_\_\_. Da claustrofobia contemporânea (sobre o fim da exterioridade no capitalismo tardio). In: **A vertigem por um fio**. São Paulo: FAPESP - Iluminuras, 2000. 222p.

\_\_\_\_\_. Niilismo e Biopolítica. In: **Revista Filosofia Ciência e Vida**. ano II, n.8, p. 49-55, 2008.

\_\_\_\_\_. Poderíamos partir de Espinosa. **Revista Afuera - Estudios de Crítica Cultural**. Ano II, n.3, noviembre, 2007a. Disponível em <<http://www.revistaafuera.com/pagina.php?seccion=AfueraAdentro&page=03.EstarAfueraEstarAdentro.Pal.htm&idautor=50>> Acessado em 19 Set. 2008.

\_\_\_\_\_. Travessias do niilismo. In: PINHEIRO, P.; BARRENECHEA, M. A.; FEITOSA, C. (Org.). **Nietzsche e os gregos**. Arte, Memória e Educação. 1ª. ed. Rio de Janeiro: DP&A Lamparina, 2006. 344p.

\_\_\_\_\_. Vida nua, vida besta, uma vida. In: **Revista Trópico**, 2006. Disponível em <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>> acessado em 18 set 2008.

PIETROLUONGO, A. P.C; RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em saúde mental – O papel do psicólogo em questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n.1. p. 22-31, 2007.

PSICOWEB. **Psiquiatria Geral**. [home Page da internet]. Disponível em <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=61&art=293>> Acesso em: 07 set. 2008.

RABINOW, P. **Antropologia da Razão**. Relume Dumará: Rio de Janeiro, 2002. 202p.

RONZANI, TM; RODRIGUES, MC. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, v. 26, n. 1, mar., 2006.

SANTOS, C. E.; SOUZA, T. R. C. Assistência domiciliar terapêutica aos pacientes portadores de HIV/AIDS. In: SILVEIRA, O. S.; SANTOS, C. E.; SOUZA, T. R. C. (orgs) **Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. 2007. 152p.

SANTOS, L. G. **Modernidade e a dominação da natureza: radicalização e impasse**. Café Filosófico. Palestra proferida em 27 abr. 2006. Disponível em <[http://www.cpfcultura.com.br/videoteca\\_2008.aspx?pageSize=12&pageIndex=3&videoteca\\_categoria\\_ID=0&videoteca\\_ID=168&Home=0](http://www.cpfcultura.com.br/videoteca_2008.aspx?pageSize=12&pageIndex=3&videoteca_categoria_ID=0&videoteca_ID=168&Home=0)> Acesso em: 15 Out. 2006.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 29 n.1, p. 63-74, 1995.

SEBASTIANI, R. W.; PELICIONI, M. C.; CHIATTONE, H. B. C. A psicologia da saúde latino-americana frente à promoção da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v.27, n.3, p. 337-351, jul./set, 2003.

SIBILIA, P. Tiranias do “software humano”: redefinições de saúde e doença. In: **Logos 20: corpo, arte e comunicação**. ano 11, n. 20. Rio de Janeiro: UERJ, p. 41-60, 2004.

\_\_\_\_\_. Do homo psico-lógico ao homo tecno-lógico: a crise da interioridade. **Semiosfera**. ano 3, n. 7, 2007a. Disponível em <[http://www.eco.ufrj.br/semiosfera/anteriores/semiosfera07/conteudo\\_mm\\_psibilia.htm](http://www.eco.ufrj.br/semiosfera/anteriores/semiosfera07/conteudo_mm_psibilia.htm)> Acessado em 01 Out. 2008.

\_\_\_\_\_. O pavor da carne. In: **Revista Trópico**. 2007. Disponível em <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2853,1.shl>> Acesso em: 12 Jun. 2008.

SILVA, E. R. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. **Psicologia: ciência e profissão**. São Paulo, v. 21, n. 4, dez. 2001.

SOARES, T. C. “A vida é mais forte do que as teorias” o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. **Psicologia: ciência e profissão** [online]. dic. 2005, v. 25, n. 4 [citado 04 Septiembre 2007], p.590-601. Disponível em <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000400008&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2007.

SOUZA, T. R. C. O psicólogo na assistência domiciliar terapêutica – ADT com pacientes de AIDS. **Jornal brasileiro de AIDS**, v. 1, n. 4, jul/ago/set, 2000.

\_\_\_\_\_.; SHIMMA, E; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. Os lutos da AIDS: da desorganização à reconstrução de uma nova vida. In: **Jornal Brasileiro de AIDS**, v. 7, n. 2, mar/abr, p. 63-74, 2006.

SPINK, M. J. P. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: Campos, FCB (org). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, p. 11-23. 1992.

\_\_\_\_\_. A atuação como profissional de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, ano 3, n.4, p. 46-48, 2006.

SPINK, M. J. P; BERNARDES, J. S.; MENEGON, V. S. M. A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica – **Relatório Final**. Brasília, 2006. Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP)-Ministério da Saúde-Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Disponível em<[http://www.abepsi.org.br/abep/Relatorio\\_pesquisa\\_ABEP.pdf](http://www.abepsi.org.br/abep/Relatorio_pesquisa_ABEP.pdf)> Acesso em: 06 Dez. 2006.

STIGLER, B. **Nietzsche et la Biologie**, col. Philosophies. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

SZYMANSKI, H.; CURY V. E. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9 n. 2, p. 355-364, 2004.

TADEU, T.; KOHAN, W. Dossiê: “Entre Deleuze e a Educação”. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1171-1182, Set./Dez. 2005. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acessado em 07 nov. 2008.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectiva e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p.49-56, jul./dez. 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2003. 685p.

\_\_\_\_\_. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n.3, p. 507-14, 2005.

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico (1962). In: **O ambiente e os processos de maturação**, Porto Alegre, RS: Ed. Artes Médicas Sul, 1990.

WISNIK, J. M., NEVES, P. Por um fio. Intérprete: Zé Wisnik. In: WISNIK, ZÉ. **SÃO PAULO RIO**. 1998. 1 CD. Faixa 7.

## 10 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CORDIOLI, A. V.; WAGNER, C. J. P.; CECHIN, E. M. Psicoterapia de Apoio. In: **Psicoterapias: abordagens atuais**. CORDIOLI, A. V. (org), 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1998, p.159-170.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1977, 168p.

EIZIRIK, C.L. *et al.* Psicoterapia Breve Dinâmica. In: **Psicoterapias: abordagens atuais**. CORDIOLI, A. V. (org), 2ª ed, Porto Alegre: Artmed, 1998, p.145-15.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise do conteúdo**. Brasília-DF: Liber Livro Editora, 2ª ed., 2007, 79p.

HIROTA, E. H. Desenvolvimento **de competências para a introdução de inovações gerenciais na construção através da aprendizagem na ação**. 2001. Tese de Doutorado. PPGC, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://cic.vtt.fi/lean/Ercilia-%20thesis.pdf>>. Acesso em: 12 novembro de 2008.

LUNA, S. V. **Planejamento de Pesquisa: uma introdução**. 8ª reimpressão, EDUC: São Paulo, 2007, 107p.

RODRIGUES, V; HUTZ, M. O apoio como fator de mudança nas psicoterapias. In: **Psicoterapias abordagens atuais**. CORDIOLI, AV (org), 2ª ed, Porto Alegre: Artmed, p.47-54, 1998, 493p.

SEIFFERT, O. M. L. B.; ABDALLA, I. G. Avaliação educacional na formação docente para o ensino superior. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Orgs). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora SENAC. p.167-185. 2004.

SOARES, H. L. R, CUNHA C. E. C. A síndrome do “burnout”: o sofrimento psíquico nos profissionais de saúde. **Revista do departamento de psicologia**. Rio de Janeiro: UFF, v. 19, n. 2, p. 505-506, Jul./Dez. 2007.



**APÊNDICE – A****ROTEIRO DE ENTREVISTAS**

- Identificação – Formação.
- Fale de sua experiência de atuação na atenção domiciliar (orientação inicial).

➔Pontos contemplados, a partir da orientação inicial:

1. Descrições das rotinas de atuação e percepções a respeito.
2. Qualificações necessárias ao psicólogo para sua atuação neste contexto.

**APÊNDICE - B****ROTEIRO DE NOTAS DE CAMPO**

**Notas descritivas:** ocorrências no campo.

- Descrição do colaborador: sua aparência física, seus maneirismos, modo de vestir, falar e agir.
- Descrição de detalhes ocorridos e não registrados pela gravação.

**Notas reflexivas:** Registro das observações pessoais do pesquisador, durante a fase da coleta.

- Reflexões analíticas: referem-se ao que está sendo “apreendido” no estudo.
- Reflexões metodológicas: sobre o processo de coleta de dados.
- Dilemas relacionais: no contato com os colaboradores.
- Esclarecimentos diversos.

## APÊNDICE - C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo intitulado **“O Psicólogo e a Atenção Domiciliar”**, para conhecer as percepções e vivências do profissional psicólogo sobre suas atuações no campo da atenção domiciliar do sistema público de saúde e tem como objetivo levantar dados que possam contribuir para a sistematização de procedimentos que auxiliem psicólogos que trabalham e/ou para aqueles se interessam por essa atividade. As informações a seguir são para que decida sobre sua participação voluntária.

Mediante seu consentimento será realizada uma entrevista, a ser gravada e transcrita para posterior análise. Fica aqui declarado que não haverá riscos, prejuízos, ou desconfortos de nenhuma natureza, previstos para o colaborador entrevistado.

É necessária sua autorização para que dados relativos ao seu depoimento oral sejam utilizados, deixando claro que o sigilo será sempre respeitado. Você e a instituição para a qual trabalha ou presta serviços não serão expostos em hipótese alguma, tendo sempre acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O investigador responsável é o psicólogo VLADIMIR PIRES JUNIOR, CRP 06/30666-0 e poderá ser encontrado no e-mail pessoal: [vladimirpjr@gmail.com](mailto:vladimirpjr@gmail.com), ou no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), situado à Rua Borges de Lagoa, 1341 – Térreo, telefones 11-5549.0130 ou 11-5549-2398. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sito à Rua Botucatu, 572 – 1º andar, cj. 14, São Paulo, SP, telefone 11-5539.7162, e-mail [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

Você terá liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e, assim, deixar de participar do estudo, sem lhe acarretar prejuízo algum. A identificação dos entrevistados não será divulgada em hipótese nenhuma; somente o pesquisador terá acesso a essa identificação. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Declaro que fui suficientemente informado(a) sobre o estudo **“O Psicólogo e a Atenção Domiciliar”**. Discuti com o pesquisador sobre minha decisão em participar da pesquisa, tendo ficado claros para mim os propósitos do estudo e que minha participação é isenta de ônus ou despesas.

Fica o pesquisador e o CEDESS/UNIFESP plenamente autorizados a utilizar o referido depoimento oral, no todo ou em parte, editado ou integral e concordo que sejam vistos por terceiros e reproduzidos, sem minha identificação, em estudos e publicações científicos, nacionais e internacionais.

Este termo será assinado em duas vias de igual teor.

.....  
Assinatura do participante  
NOME:  
RG:

Data ...../...../.....

.....  
Assinatura do pesquisador responsável  
VLADIMIR PIRES JUNIOR  
CRP 06/30666-0

Data ...../...../.....